

***Les facteurs de motivation infirmière assurant la
pérennité d'un soin de qualité afin de prévenir les
infections nosocomiales en milieu hospitalier***

Une revue de littérature étoffée

Bachelor Thesis

Par

Tracy Repond

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Jean-Michel Rossier et Katia Scrima

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

Résumé

But : Le but de cette revue de littérature est de relever les facteurs de motivation infirmière qui garantissent la pérennisation d'un comportement d'observance en ce qui concerne les mesures d'hygiène hospitalière afin de diminuer le taux d'infections nosocomiales.

Question de recherche : Quels sont les facteurs de motivation infirmière assurant la pérennité d'un comportement d'observance des mesures d'hygiène hospitalière, afin de prévenir les infections nosocomiales dans un milieu hospitalier?

Méthodologie : L'utilisation de la banque de données Pubmed a permis de sélectionner les dix recherches utiles à la revue de littérature étoffée menée de janvier 2011 à février 2012. Puis, une grille de lecture critique personnalisée a permis d'analyser les articles scientifiques afin de retenir les éléments essentiels.

Résultats : Les résultats ont été regroupés sous onze thèmes: 1. L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif, 2. Les conditions de travail, 3. La promotion et la prévention de la santé, 4. Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles, 5. La connaissance des risques infectieux et des précautions standard, 6. La pression des pairs et de la société, 7. L'intérêt pour la qualité de vie des patients, 8. Le milieu médical, 9. Les modèles positifs et les normes comportementales, 10. L'autonomie et l'expérience professionnelle et 11. La situation sociale et familiale.

Discussion : Les résultats sont discutés et mis en lien avec les cadres de référence théorique. Ensuite, les implications pour la pratique professionnelle ainsi que les perspectives pour de futures études sont présentées.

Mots-clés : motivation, prevention and control, nursing staff, hospital, safety management, nursing Care, health service, theory, application of motivation, adherence, attitude of health personnel, handwashing, infection control, psychology , attitude, caregiver, cross infection.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mes directeurs de mémoire, Monsieur Jean-Michel Rossier et Madame Katia Scrima, pour leurs précieux conseils, leur confiance ainsi que leurs disponibilités tout au long de la réalisation de mon travail.

Un grand merci à mes parents pour m'avoir soutenue et guidée durant toute ma formation. Plus particulièrement à ma mère, pour la relecture et la correction orthographique de mon travail de Bachelor Thesis.

Pour finir, je tiens aussi à remercier ma sœur et mon ami pour leur aide lors de la lecture et la traduction des articles en anglais.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduction..... | 7 |
| 2. Etat des connaissances | 9 |
| 3. Problématique..... | 11 |
| 3.1. Les concepts en lien avec la problématique | 12 |
| 3.1.1. <i>Les mesures d'hygiène hospitalière</i> | 12 |
| 3.1.2. <i>Les infections nosocomiales</i> | 13 |
| 3.1.3. <i>La transmission des infections nosocomiales</i> | 14 |
| 3.2. La question de recherche..... | 15 |
| 3.3. Les objectifs | 15 |
| 3.4. L'intérêt du problème et de la question pour la science infirmière et la pratique professionnelle | 16 |
| 4. Cadres de références | 16 |
| 4.1. La motivation..... | 16 |
| 4.2. La motivation comportementale | 18 |
| 4.3. L'observance..... | 21 |
| 4.4. L'effet de Hawthorne | 21 |
| 4.5. La promotion et la prévention de la santé | 22 |
| 4.6. Le stress | 23 |
| 5. Méthodologie | 25 |
| 5.1. L'argumentation du choix du devis..... | 25 |
| 5.2. La description des étapes nécessaires à la revue de littérature..... | 26 |
| 5.2.1. <i>Les banques de données</i> | 26 |
| 5.2.2. <i>Les résultats des stratégies de recherche</i> | 26 |
| 5.2.3. <i>Les critères d'inclusion et d'exclusion</i> | 29 |
| 5.2.4. <i>La démarche d'extraction des données et d'analyse critique</i> | 30 |
| 5.2.5. <i>La démarche de synthèse narrative</i> | 30 |
| 5.3. L'analyse méthodologique des recherches sélectionnées | 30 |
| 6. Résultats | 33 |
| 6.1. L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif (n=10) | 34 |
| 6.2. Les conditions de travail (n=8) | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 6.3. La promotion et la prévention de la santé (n=8)..... | 37 |
| 6.4. Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles (n=7) .. | 38 |
| 6.5. La connaissance des risques infectieux et des précautions standard (n=6) | 39 |
| 6.6. La pression des pairs et de la société (n=5) | 41 |
| 6.7. L'intérêt pour la qualité de vie des patients (n=5) | 41 |
| 6.8. Le milieu médical (n=4)..... | 42 |
| 6.9. Les modèles positifs et les normes comportementales (n=3) | 43 |
| 6.10.L'autonomie et l'expérience professionnelle (n=3) | 44 |
| 6.11.La situation sociale et familiale (n=3) | 44 |
| 7. Discussion | 45 |
| 7.1. L'analyse des résultats | 45 |
| 7.1.1.L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif..... | 46 |
| 7.1.2.Les conditions de travail..... | 48 |
| 7.1.3.La promotion et la prévention de la santé..... | 49 |
| 7.1.4.Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles | 50 |
| 7.1.5.La connaissance des risques infectieux et des précautions standard..... | 52 |
| 7.1.6.La pression des pairs et de la société | 53 |
| 7.1.7.L'intérêt pour la qualité de vie des patients | 53 |
| 7.1.8.Le milieu médical..... | 54 |
| 7.1.9.Les modèles positifs et les normes comportementales | 54 |
| 7.1.10.L'autonomie et l'expérience professionnelle | 55 |
| 7.1.11.La situation sociale et familiale | 56 |
| 7.2. La réponse à la question..... | 57 |
| 8. Conclusion | 58 |
| 8.1. L'implication et les recommandations pour les soins | 58 |
| 8.2. Les besoins de recherches ultérieures | 62 |
| 8.3. Les forces et les limites du travail | 63 |
| 9. Bibliographie..... | 65 |
| 9.1. Les articles scientifiques sélectionnés pour la revue de littérature étendue..... | 65 |
| 9.2. Les ouvrages | 66 |
| 9.3. Les articles scientifiques | 67 |

| | |
|--|-----------|
| 9.4. Les documents non publiés | 67 |
| 9.5. Les sites internet..... | 68 |
| 10. Annexes..... | 69 |
| 10.1. Annexe A : Déclaration d'authenticité | 69 |
| 10.2. Annexe B : Synthèse des stratégies de recherche..... | 70 |
| 10.3. Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique..... | 72 |
| 10.4. Annexe D : Synthèse des résultats trouvés..... | 74 |
| 10.5. Annexe E : Grilles de lecture critique des articles scientifiques..... | 80 |

1. Introduction

Afin de vous faire prendre conscience de l'ampleur que peut avoir une infection nosocomiale sur votre vie, nous allons tout d'abord nous projeter dans la peau d'un patient qui se rend à l'hôpital pour une simple opération de routine.

Dans votre organisation, vous aviez prévu d'être hospitalisé pour une certaine durée prédéfinie avec votre chirurgien. Ceci jusqu'au moment où, l'équipe médicale vient vous informer d'une complication qui va prolonger l'hospitalisation. Ensuite, vous allez subir une série de traitements et de soins dans le but d'évincer l'infection que vous avez contractée durant votre séjour. Si cela se passe convenablement vous pourrez rentrer à domicile plus ou moins rapidement. Par contre, dans le cas contraire votre destin peut être plus tragique.

Nous avons volontairement été choquants dans la description de l'exemple ci-dessus afin d'exposer l'aspect sombre et sérieux d'une infection associée aux soins en milieu hospitalier.

La pratique infirmière joue un rôle important en ce qui concerne le respect des mesures de prévention contre les infections nosocomiales. Aujourd'hui, les infections liées aux soins sont un problème de santé publique. Elles sont susceptibles d'affecter toute personne dans le monde entier, aussi bien dans un pays développé ou pauvre en ressources. C'est une des causes principales de mortalité et de morbidité chez les patients hospitalisés. Chaque année, plus de 1.4 million d'êtres humains souffrent de complications infectieuses acquises à l'hôpital. En tant que professionnelle de la santé, l'observance des mesures d'hygiène est un axe primordial au sein de notre métier d'infirmière (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2010).

Dans un premier temps, l'état des connaissances et la problématique seront exposés, ensuite les cadres de références vont être définis ce qui permettra une meilleure compréhension. Dans un deuxième temps, les éléments méthodologiques seront relatés, puis suivront la synthèse des résultats ainsi

que le développement de la discussion. Dans un dernier temps, nous conclurons par les implications pour la pratique infirmière, les besoins de recherches ultérieures ainsi que les forces et limites de ce travail.

2. Etat des connaissances

Malgré de nombreux progrès médicaux au cours de ces dernières années, la problématique des infections associées aux soins persiste. En 2009, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le risque d'être victime d'une infection nosocomiale lors d'une simple hospitalisation dans un pays développé est entre 5 à 15 %. Plus particulièrement pour la Suisse, le taux est de 10.1%. Ceci a pour conséquence une augmentation de la durée d'hospitalisation, des coûts plus élevés, de graves incapacités à long terme et parfois le décès d'une personne (OMS, 2010).

Selon Simon, Sauvan et Pittet (1999), « la transmission croisée des micro-organismes par les mains du personnel soignant au cours des soins est la cause principale des infections nosocomiales » (p.1021). La mesure de prévention de ces infections la plus efficace est donc l'observance de l'hygiène des mains (Simon, Sauvan & Pittet, *ibid.*). Pour cette raison, nous allons nous axer plus spécifiquement sur ce thème.

La sécurité des patients est entre les mains des soignants qui ont comme but d'offrir des soins de qualité. Afin d'atteindre cet objectif, l'OMS a créé « le premier Défi mondial pour la sécurité des patients » (OMS, 2010, p.1). La devise de ce programme est « Un soin propre est un soin plus sûr » (OMS, *ibid.*, p.1) en mettant le thème de l'hygiène des mains comme étant un élément essentiel pour réduire les infections liées aux soins. Depuis 2009, ce Défi comporte de nouvelles recommandations pour l'hygiène des mains lors des soins. Celles-ci ont ou vont être appliquées dans les divers milieux de soins à travers le monde, afin d'obtenir un changement de comportement de la part de l'équipe soignante. A l'occasion du lancement de ce Défi mondial le 13 octobre 2005, la Suisse y participa immédiatement (OMS, *ibid.*).

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'observance à l'égard de l'hygiène des mains rencontre des difficultés. En 2009, des taux d'observance de 5% à 89% avec une moyenne de 38.7% ont été relevés lors d'études réalisées dans des pays développés et en voie de développement. La non-

observance du comportement d'hygiène des mains est la conséquence de plusieurs facteurs (OMS, 2010).

En première catégorie se trouvent les « facteurs de risques observés de la non-observance aux recommandations pour l'hygiène des mains » (OMS, *ibid.*, p.6). Les statuts suivants sont plus concernés par les comportements de non-observances : médecin, infirmière auxiliaire, physiothérapeute, kinésithérapeute et technicien. Le fait d'être un homme est considéré comme étant un facteur de risque. Certains lieux de travail, tels que les soins intensifs, la chirurgie, les urgences, l'anesthésie, les chambres d'isolement et la salle de réveil, sont plus touchés par un manque d'observance. Cela s'explique par le grand nombre de soins techniques effectués auprès des patients. Il semblerait qu'il y ait moins d'observance durant la semaine. De plus, il est important de relever le manque de respect des mesures d'hygiène avant, après ou lors d'un contact de moins de deux minutes avec un patient. Il est évident que l'oubli du port de sur-blouse ainsi que de gants fait aussi partie de ces facteurs. Lors de soins prodigués à des patients de moins de 65 ans, lors d'interruption des soins ou encore lors de soins à haut risque de transmission croisée, l'observance diminue à nouveau. Pour finir, il est clairement exposé que la pénurie de personnel soignant ainsi que l'augmentation des bénéficiaires de soins sont à rajouter à la liste des facteurs de risques des comportements de non-observances (OMS, *ibid.*).

Les « facteurs de non-observances rapportés par le personnel soignant » (OMS, *ibid.*, p.6) font partie de la seconde catégorie. Tout d'abord, les produits asséchants et irritants pour les mains sont cités comme étant une cause de non-observance. Sur le plan matériel, le manque de lavabo, de savon et de papier font l'objet d'un nouveau facteur de risque. Ensuite, vient une multitude de représentations personnelles comme le manque de temps, mettre la priorité sur la relation avec le patient, la faible probabilité d'être infecté par un patient, ne pas y penser et le manque de preuve de l'efficacité de l'hygiène des mains. Les lacunes sur les connaissances, les formations insuffisantes et le manque d'expérience entravent l'observance des mesures de prévention. Pour conclure, la non-reconnaissance et le mauvais modèle des collègues ainsi que des supérieurs hiérarchiques renforcent la non-observance (OMS, *ibid.*).

En troisième, les « obstacles supplémentaires à la pratique appropriée de l'hygiène des mains » (OMS, 2010, p.6) vont renforcer les non-observances. Au niveau institutionnel et individuel, il y a une carence par rapport à la promotion de l'hygiène des mains. Ceci a pour conséquence un manque de sensibilisation des infirmières au comportement d'observance. Le fait de ne pas punir la non-observance ou alors, au contraire, de récompenser l'observance est un des facteurs de risque. Pour conclure, il en dépend de sa motivation personnelle selon sa culture et son sens de la responsabilité à pratiquer l'hygiène des mains (OMS, *ibid.*).

Afin d'apporter des améliorations à l'observance de l'hygiène des mains, des stratégies ont été testées lors d'études au cours de ces vingt dernières années. La formation et l'éducation du personnel soignant, des questionnaires sur l'hygiène des mains, l'emploi de rappels et d'incitateurs à l'hôpital, une mise à disposition de savon, d'eau et d'un produit hydro-alcoolique ainsi que l'installation de lavabo automatique peuvent aider à une bonne observance. De plus, il sera nécessaire que les infirmières fassent preuve de motivation face aux recommandations (OMS, *ibid.*).

3. Problématique

La problématique soulevée est la suivante : les facteurs de motivation infirmière assurant la pérennité d'un comportement d'observance des mesures d'hygiène afin de prévenir les infections nosocomiales en milieu hospitalier. Cette dernière va être développée à l'aide de trois concepts (les mesures d'hygiène hospitalière, les infections nosocomiales et la transmission des infections nosocomiales).

3.1. Les concepts en lien avec la problématique

3.1.1. Les mesures d'hygiène hospitalière

La prévention des infections nosocomiales passe évidemment par l'observance des mesures d'hygiènes hospitalières. Pour les introduire, nous allons utiliser les huit domaines d'action expliquée par Parneix et Stingre (2010).

En premier, les mesures institutionnelles qui consistent en la mise en œuvre d'une politique responsable d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'une stratégie de lutte contre les infections associées aux soins. De plus, l'équipe d'hygiène hospitalière doit faire connaître son rôle, ses missions et son fonctionnement au personnel soignant. Puis, viennent les mesures épidémiologiques, celles-ci se développent à partir des recommandations nationales afin de mettre en place un programme de surveillance des infections nosocomiales. Le plus souvent l'alerte est rapidement donnée par le laboratoire dans le but de maîtriser l'infection. Les mesures concernant la formation composent le troisième axe. Il s'agit d'une formation initiale dans le cadre des études et d'une formation continue de la part de l'établissement médical. Ensuite, il existe toutes les mesures architecturales, des locaux, des trajets et des matériaux. La construction d'un hôpital demande une collaboration entre l'équipe d'hygiène hospitalière et les architectes. La cinquième mesure s'intéresse à l'hygiène de base propre à l'établissement ainsi qu'aux professionnels (Parneix & Stingre, *ibid.*). Ce domaine est indispensable car il fait partie du socle de la prévention contre les infections associées aux soins. L'hygiène de base est composée de six précautions standard (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales [PLIN], 2006) :

1. La désinfection des mains

- avant le contact avec un patient
- Avant l'exécution d'un geste aseptique
- Après avoir été exposé à un produit biologique
- Après le contact avec un patient
- En quittant l'environnement du patient (cité par Schouwey, 2009)

2. L'utilisation de gants

3. **Le port d'un masque et de lunettes de protection**
4. **L'emploi d'une sur-blouse**
5. **La mise en isolement**
6. **La destruction, la désinfection ou la stérilisation de matériel biologique ou souillé**

Il faut aussi citer les mesures d'hygiène des soins dont le mot d'ordre est l'asepsie. Cela désigne l'association d'une technique rigoureuse, d'une utilisation de matériels stériles et d'un antiseptique. Malheureusement, il subsiste un certain nombre d'incertitudes concernant l'efficacité des mesures recommandées. Un lot de pratiques est encore à tester sur le plan de leur utilité. En septième position nous retrouvons les mesures concernant l'environnement du lieu de soins pour avoir une hygiène générale. Les établissements doivent effectuer des contrôles pour garantir aux patients une bonne qualité de l'air, de l'eau et de l'alimentation. En dernier, les services d'entretien sont garants de la lingerie ainsi que de la chaîne d'élimination des objets contaminés (Parneix & Stingre, 2010).

3.1.2. *Les infections nosocomiales*

On trouve deux expressions synonymes pour désigner ce type d'infection. D'abord, le terme le plus ancien qui est tout simplement les infections nosocomiales. Depuis 2007, le concept d'infection associée aux soins a été introduit lors d'une révision de la définition. Tout au long de cette revue de littérature, les deux termes vont être utilisés car ils sont synonymes. Selon Parneix et Stingre (ibid.) :

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge (p.14).

Toutefois, Un délai de quarante-huit heures ou plus dans le cas d'une période d'incubation supérieure est souvent accordé pour poser le diagnostic d'infection

associée aux soins. Il est important en tant que professionnel de la santé d'accepter l'hypothèse selon laquelle l'infection a peut-être été causée par la prise en charge. Les infections associées aux soins les plus fréquentes sont les infections urinaires, les infections du site opératoire, les infections respiratoires, les infections liées aux cathéters, les bactériémies ainsi que les infections transmises par le sang et les liquides biologiques (Parneix & Stingre, 2010 ; Gachot & Ledrappier, 2009).

3.1.3. La transmission des infections nosocomiales

La transmission des infections nosocomiales se déroule suivant trois règles indispensables. Ces dernières vont être développées ci-dessous.

Le premier maillon de la chaîne épidémiologique est l'origine de la maladie qui englobe l'agent infectieux ainsi que le réservoir. Celui-ci est le plus souvent représenté par les patients hospitalisés mais aussi, lors d'un manque d'observance de la part d'une infirmière. Celle-ci peut être colonisée par une flore hospitalière lors d'un soin, puis la transmettre à un autre patient. C'est ici qu'interviennent les mesures d'hygiène (Parneix & Stingre, 2010 ; Fabry, 2004).

Le deuxième maillon concerne la transmission de la maladie. Il faut préciser que les micro-organismes proviennent de deux origines endogène ou exogène. L'infection endogène ou auto-infection indique que les micro-organismes appartiennent à la flore du patient contaminé. Contrairement aux infections exogènes dont l'origine est externe à l'individu, d'où le nom d'infections croisées. L'observance infirmière concernant les mesures d'hygiène hospitalière joue un rôle sur ce deuxième type d'infection (Parneix & Stingre, *ibid.* ; Favre, *ibid.*).

Pour illustrer les modes de transmissions des infections exogènes, il a été choisi de traiter des cinq catégories des centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) d'Atlanta. En premier on trouve la transmission par contact direct (interhumain par exemple : patient infecté et une personne indemne) ou indirect (via un vecteur externe par exemple : les mains de l'infirmière étant le vecteur intermédiaire entre deux patients, du matériel souillé). La transmission

par gouttelettes fait partie de la seconde catégorie. Elle concerne les gouttelettes de plus de cinq micromètres provenant des voies respiratoires. La contamination peut se produire par projection directe (exemple : muqueuse et conjonctive) et indirecte (exemple : par les mains contaminées de la soignante). En troisième, il s'agit d'une forme de transmission par voie aérienne via des gouttelettes de moins de cinq micromètres. Le patient contracte une infection nosocomiale en inhalant les petites particules en suspension dans l'air. Le quatrième mode est la transmission par une source commune qui est causée par un aliment ou un produit contaminé. La dernière est très rare, il s'agit de la transmission vectorielle que l'on trouve plutôt en milieu tropical. Il est important de comprendre que tous dispositifs invasifs constituent une nouvelle porte d'entrée aux infections associées aux soins (Guideline for Isolation Precautions, 2007).

Le troisième maillon de la chaîne épidémiologique s'intéresse à l'hôte réceptif. Dans les populations à risque on répertorie les nouveau-nés, les personnes âgées, les immunodéprimés, les patients chirurgicaux, les patients admis en unités de soins continus et intensifs (Parneix & Stingre, 2010 ; Favre, 2004).

3.2. La question de recherche

La question de recherche est la suivante : quels sont les facteurs de motivation infirmière assurant la pérennité d'un comportement d'observance des mesures d'hygiène, afin de prévenir les infections nosocomiales dans un milieu hospitalier ?

3.3. Les objectifs

En réalisant ce travail, nous espérons sensibiliser les soignants sur le fait qu'il est primordial d'être attentif au respect des mesures d'hygiène hospitalière, afin de diminuer le nombre de contamination par inadvertance. Nous aimerions rendre attentives les infirmières que de simples gestes peuvent être vitaux.

Le but de cette revue de littérature est de démontrer qu'une soignante, qui fait preuve de motivation en ce qui concerne une bonne observance de l'hygiène,

permet de diminuer le taux d'infections associées aux soins. Par l'analyse de recherches, nous souhaitons identifier les facteurs de motivations infirmières qui ont comme effet la pérennisation des comportements d'observances afin d'apporter des améliorations. De plus, ceux-ci vont augmenter la sécurité des patients en leur offrant des soins de qualité.

3.4. L'intérêt du problème et de la question pour la science infirmière et la pratique professionnelle

Le fait de mieux connaître les facteurs de motivation infirmière concernant les comportements d'observances va permettre de mettre en place des actions afin d'amener ou d'amplifier la motivation. De plus, une bonne observance aura une influence positive directe sur les infections associées aux soins. De nombreux progrès ont été réalisés grâce aux diverses recherches sur ce sujet. Mais, les infections associées aux soins sont toujours un problème actuel. Pour cette raison, nous devons tout mettre en œuvre afin d'approcher le risque « zéro ». Les causes principales des infections associées aux soins sont déjà connues par l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour cette raison, il a été décidé de traiter des facteurs de motivation infirmière qui permettent de pérenniser les comportements d'observance.

4. Cadres de références

4.1. La motivation

La motivation fait partie de la psychologie cognitive. Actuellement, cette notion est fréquemment utilisée sur le plan international (Formarier & Jovic, 2009). Louise Careau et Anne-Louise Fournier (Université Laval, 2002) définissent la motivation de la manière suivante :

La motivation est un état dynamique qui a ses origines dans les perceptions qu'une personne a d'elle-même et de son environnement et qui l'incite à choisir une activité, à s'y engager et à persévérer dans son accomplissement afin d'atteindre un but (p.7).

Il existe trois facteurs qui amènent à la motivation. Le premier est la perception de la valeur donnée à l'activité. Pour qu'une personne soit motivée, il faut qu'elle trouve l'action entreprise utile et accompagnée d'un but fixé. Ce premier facteur est soutenu par la pensée d'Alex Mucchielli (2006), l'absence de signification donnée à l'action est une des causes principales de la démotivation. Selon Venturini (2007), le choix de réaliser une activité permet de satisfaire un but. La perception de la compétence fait partie du second facteur. Il s'agit de la perception qu'une personne a sur sa capacité à réussir, son auto-efficacité. Autrement dit, d'après Venturini (ibid.), c'est le sentiment d'avoir assez de compétences pour atteindre un niveau de performance. Si celui-ci est présent, alors il y aura de la motivation. Le troisième facteur englobe la perception de contrôle. Ici, nous comprenons la perception du degré de maîtrise que la personne a sur le déroulement et les conséquences de ses actions. En cas de haut degré de contrôle, une meilleure motivation sera observée. Il est évident, que si l'on veut avoir une action sur la motivation, il va falloir prendre en compte ces trois facteurs (Université Laval, 2002).

La motivation se compose d'un ou plusieurs attributs. Ceux-ci sont aux nombres de quatre selon Formarier et Jovic (2009) :

- « Persistance ou persévérance, autrement dit elle explique la durée d'un comportement ou d'une action ;
- Intensité ou effort que déploie l'individu ;
- Direction ou finalité de l'action ou du comportement ;
- Initiation ou déclenchement de l'action ou du comportement. » (p.203)

Les normes et les valeurs sociales font partie des facteurs de motivation transmises par l'imitation et la pression de conformisation. Les individus socialisés s'inspirent inconsciemment de ces modèles. Selon Mucchielli (2006), « les habitudes collectives deviennent des références de conduite c'est-à-dire des règles et des normes non écrites assimilées comme des choses allant de soi par les individus qui les suivent sans les remettre en question » (pp.74-75).

La banalisation est un état d'inhibition spirituel relâché dans lequel le désir essentiel disparaît. Il n'y a plus de possibilité de concentration sur le sens de la vie, la joie de vivre perd son attrait et il n'y a plus de but. Cette banalisation amène à une absence de motivation (Diel, 1991).

En conclusion, il faut savoir que l'estime de soi est la composante principale de la motivation. Celle-ci va créer de la confiance en soi et donc amener à une certaine certitude existentielle en la valeur des choses que l'on fait (Mucchielli, 2006).

4.2. La motivation comportementale

Selon Doron et Parot le concept du comportement se définit en deux points de vue :

1. Dans un sens restreint la notion de comportement se limite aux activités directement observables de l'organisme, ce qui exclut les états de conscience, les pensées, les sentiments, les représentations et autres activités intérieures.
2. Dans un sens plus large que défendent certains behavioristes, la notion s'étend aussi bien à ces activités intérieures et rejoint celle de conduite. Le caractère observable n'est pas tenu pour un critère important, la psychologie se donnant, entre autre, pour tâche de dépasser les conditions d'observations (s.d., cité par Formarier & Jovic, 2009, pp.112-113).

Le comportement est composé par les caractéristiques suivantes : inné ou acquis, conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire et automatique ou contrôlé. De plus, il varie en fonction de notre aspect biologique, culturel, social, structurel et fonctionnel. Pour pouvoir arriver à un changement de comportement de la part d'un individu, celui-ci doit être convaincu de son bon sens et avoir la volonté de s'engager (Formarier & Jovic, *ibid.*).

D'où l'importance d'une bonne connaissance des pratiques de prévention concernant les infections nosocomiales pour pouvoir augmenter le

comportement d'observance. Comme cité auparavant par Mucchielli (2006), tous nos comportements ont tendance à suivre la majorité du groupe. Cela a pour conséquence de diminuer notre autonomie de pensée. Pour cette raison, chaque membre doit responsabiliser ses comportements afin de montrer le bon exemple (Formarier & Jovic, 2009).

Filiatrault et Richard (2005) ont développé des théories qui ont été largement utilisées pour l'analyse et l'intervention au regard des comportements liés à la santé. Il est évident que leur but est de maximaliser l'observance des recommandations (Filiatrault & Richard, *ibid.*).

Tout d'abord, le modèle des croyances relatives à la santé qui lui « s'intéresse au rôle des perceptions (ou croyances) des personnes dans leur processus de décision quant à l'adoption ou la cessation de certains comportements » (Filiatrault & Richard, *ibid.*, p.48). Ce dernier soutient que les changements comportementaux dépendent des composantes cognitives suivantes :

- 1. La perception d'une menace pour la santé, influencée par :**
 - a. La perception de la vulnérabilité : la perception de l'individu quant à son risque relatif à un problème de santé ;
 - b. La perception de la gravité : la perception de l'individu quant au sérieux d'un problème de santé ou au danger associé au fait de ne pas traiter ce problème ;
- 2. La perception des bénéfices :** la perception de l'individu quant à l'efficacité des stratégies proposées pour réduire la menace pour la santé ;
- 3. La perception des obstacles (ou coûts) :** la perception de l'individu quant aux conséquences négatives associées aux stratégies proposées pour réduire la menace pour la santé (incluant des considérations physiques, psychologiques et financières) (Filiatrault & Richard, *ibid.*, p.48).

Le comportement peut également être modifié par des incitatifs provenant de l'environnement externe, comme par exemple les messages diffusés par les

médias ou les recommandations d'un professionnel de la santé (Filiatrault & Richard, 2005).

En 1986, Bandura a développé le concept principal de la théorie sociale cognitive. Il s'agit de l'auto-efficacité qui est « la croyance de la personne en sa capacité d'exécuter avec succès un comportement donné pour parvenir aux résultats escomptés » (Bandura, 2003, cité par Filiatrault & Richard, 2005, p.50). Il existe quatre moyens pour développer l'auto-efficacité d'un individu : ses réalisations personnelles, l'observance des expériences vécues par d'autres, la persuasion verbale (le renforcement positif une fois le comportement effectué) et l'activation émotionnelle (par exemple, le stress et l'anxiété peuvent être contrôlés par des techniques de relaxation) (Bandura, *ibid.*, cité par Filiatrault & Richard, *ibid.*).

« La théorie de l'action raisonnée suggère que le déterminant le plus important du comportement est l'intention comportementale (motivation) » (Filiatrault & Richard, *ibid.*, p.52). Celle-ci se compose de deux facteurs cognitifs :

1. « l'attitude (positive ou négative) de la personne à l'égard de l'adoption du comportement est déterminée par les croyances de l'individu concernant les retombées du comportement, ainsi que la valeur qu'il accorde à ces dernières » (Filiatrault & Richard, *ibid.*, p.52).
2. « l'intention comportementale est la norme subjective d'un individu, c'est-à-dire sa perception des attentes des autres relativement à l'adoption du comportement » (Filiatrault & Richard, *ibid.*, p.52).

Selon Ajzen (1985, cité par Filiatrault & Richard, *ibid.*), « la perception du contrôle comportemental reflète les croyances de la personne quant au degré de facilité ou de difficulté à réaliser le comportement » (p.52). Ce contrôle dépendant des ressources et obstacles internes (par exemple : habilité, connaissance,...) ou externes (par exemple : ressource économique, soutien social,...). Une personne trouvant le comportement facilement réalisable sera motivée et fera appel à moins d'effort afin de l'accomplir (Ajzen, *ibid.*, cité par Filiatrault & Richard, *ibid.*).

4.3. L'observance

Le dictionnaire « Le Robert » donne la définition suivante de l'observance :

(...) désigne spécialement l'action de suivre des devoirs religieux, même si l'on note une certaine confusion entre observantia et observatio en latin impérial. Le mot désigne l'action d'observer une règle religieuse, par métonymie, la règle religieuse elle-même (1261) puis, par extension, toute sorte de loi (1350). Par une autre métonymie, l'observance désigne également l'ordre religieux considéré par rapport à sa règle, à sa discipline (v. 1450), et la règle d'un ordre particulier (début. XVIe siècle) (Rey, Tomi, Hordé & Tanet, 1992, p.1347).

Dans le cadre de ce travail l'observance infirmière vis-à-vis des mesures d'hygiène hospitalière signifie, en d'autre terme, le respect des règles d'hygiène en milieu hospitalier. Les comportements de non-observances infirmières sont donc le manque d'attention de ces mesures qui peuvent être la cause directe des infections associées aux soins (Parneix & Stingre, 2010).

4.4. L'effet de Hawthorne

Selon le site internet de la psychologie du travail (2009) :

En psychologie, l'effet Hawthorne décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Cette motivation sociale est satisfaite dans une organisation qui n'est pas prévue par l'entreprise : c'est la structure informelle constituée par les groupes affinitaires.

Autrement dit, l'effet de Hawthorne est une conséquence qui se produit quand les individus, par exemple le personnel soignant, modifient leur comportement lorsqu'ils savent qu'on leur accorde un intérêt. Etant conscients que leur activité professionnelle est observée et étudiée, ils vont souvent plus s'investir. Pour cette raison, il est difficile de contrôler cet effet en situation de recherche

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Avec le temps, l'effet d'Hawthorne a tendance à s'estomper pour laisser place au fonctionnement habituel. Par contre, il semble être efficace s'il s'installe sur de courtes durées tout au long de l'année, afin de pérenniser un comportement d'observance (Kantowitz, Roediger & Elmes, 2004).

4.5. La promotion et la prévention de la santé

Nous allons commencer par définir les deux termes de promotion et de prévention de la santé afin de cerner leur différence. Selon Jeanneret et Gutzwiller (1996), « La prévention vise à empêcher la survenue des maladies (et accidents) » alors que « la promotion de la santé vise à renforcer celle-ci, mais aussi le bien-être » (p.181).

Le fait de mettre en évidence les facteurs de motivation infirmière afin de pérenniser l'observance des mesures d'hygiène hospitalière fait partie de la promotion de la santé. Les infirmières vont promouvoir la santé de leurs patients en adoptant un comportement d'adhérence. En effet, d'après la charte d'Ottawa de 1986, « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (OMS, 2012). De plus, le renforcement comportemental positif fait partie intégrante de l'axe promotion. Celui-ci englobe les programmes de promotion, de soutien continu et de campagne sur l'hygiène des mains (Jeanneret & Gutzwiller, 1996).

Ensuite, le but visé en augmentant la motivation infirmière vers l'observance est de prévenir les infections associées aux soins. Nous pouvons constater qu'il s'agit d'empêcher la survenue d'infections donc nous nous trouvons dans le domaine de la prévention de la santé. Le concept de prévention et de contrôle des infections nosocomiales confirme notre réflexion sur le sujet.

En conclusion, nous avons pu constater que la problématique de ce travail touche à la fois la promotion ainsi que la prévention de la santé.

4.6. Le stress

Il existe trois phases afin de définir les mécanismes biologiques du stress :

La phase d'alarme : Notre corps réagit durant la phase d'alarme de la façon suivante. Tout d'abord, l'hypothalamus envoie un influx nerveux en direction de la médullosurrénale. Celle-ci intensifie la réaction de lutte et de fuite en libérant des catécholamines. Donc l'adrénaline et la noradrénaline vont provoquer diverses réactions physiologiques. Néanmoins, il faut savoir qu'il s'agit ici d'une réaction brève. Il y aura une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et une broncho-dilatation. Puis, la conversion du glycogène en glucose par le foie et la libération de glucose dans le sang, produisent plus d'énergie pour faire face au stress. Ensuite, il y a une diminution de la diurèse ainsi que de l'activité gastro-intestinale ce qui permet au corps de se mettre au repos pour donner plus d'énergie au foie, aux poumons et au cœur. Pour finir, notre organisme subit des modifications de la circulation sanguine et une augmentation de la vigilance. Toutes ces réactions physiologiques se déroulent en un laps de temps très court quand on est face à la situation de stress. Donc l'adrénaline et la noradrénaline à elles deux induisent le stress que l'on ressent en premier lieu (Mooser, 2009).

La phase de résistance : Dans un deuxième temps notre corps va plonger dans une réaction prolongée au stress. Hans Selye a décidé d'appeler cette seconde réponse physiologique, la phase de résistance. Pour commencer, l'hypothalamus stimule l'adéno-hypophyse afin que cette glande envoie une hormone (ACTH) à travers le sang vers l'organe cible. L'ACTH va agir sur la cortico-surrénale qui va libérer des hormones stéroïdiennes. En premier, il y a les minéralocorticoïdes qui comprennent l'aldostérone. Elle va induire plusieurs réactions physiologiques. Il va y avoir une rétention de sodium et d'eau par les reins. Puis, une augmentation du volume sanguin et de la pression artérielle. En deuxième, il y a les glucocorticoïdes eux vont émettre le cortisol. Cette hormone va aussi déclencher diverses réactions physiologiques. Elle a provoqué une hyperglycémie sanguine. Ensuite, le cortisol engendre la dégradation des protéines et des lipides en vue de la production d'énergie et aussi une réduction

de la réponse inflammatoire. Cette phase de résistance dure plusieurs semaines ou plusieurs mois (Mooser, 2009).

La phase d'épuisement : Notre organisme devient beaucoup plus vulnérable car notre système immunitaire est affaibli. La personne qui se retrouve dans une telle situation ressent un manque crucial d'énergie, qui peut mener à une diminution de la motivation (Mooser, *ibid.*).

Selon Wheeler (1997) et McGowan (2001) (cité par Testa-Mader, 2004, p.36), « le travail de l'infirmier/ère est considéré comme une occupation stressante ». « De nombreuses études montrent que les infirmiers/ères présentent un niveau de stress plus élevé que d'autres professionnel/les de la santé » (Gottlieb, Kelloway & Martin-Matthews, 1996, cité par Testa-Mader, *ibid.*, p.36).

La principale source de stress au travail est la surcharge. Il s'agit du volume ou de la quantité des tâches qui nous donne l'impression d'être débordés. Ensuite, le fait de fixer des objectifs d'amélioration de la qualité nécessite un effort d'adaptation considérable. Vouloir continuellement améliorer la performance des infirmières peut donc mener au stress (Légeron, 2001).

La surveillance déclenche un stress qui mène à la peur de ne pas bien faire. Cela peut engendrer des retombées négatives sur notre vie professionnelle. Puis, l'adaptation d'un soignant à une situation d'urgence n'est autre que la réponse au stress elle-même. Dans les services d'urgence, celle-ci, au lieu d'être sollicitée quelquefois, l'est en permanence (Légeron, *ibid.*).

Le premier type de renforcement matériel est le salaire. Il nous est demandé de plus en plus de qualifications, mais rien ne change au niveau salarial. Le second renforcement matériel correspond au plan de carrière qui n'existe pratiquement plus au sein de nos entreprises. Les individus préfèrent s'investir modérément dans leur vie professionnelle, ceci est dû au fait qu'il n'y a plus la possibilité d'évoluer (Légeron, *ibid.*).

Selon Patrick Légeron (*ibid.*, p.73), le manque de reconnaissance, qui est « un besoin de se sentir apprécié, valorisé, reconnu par les autres, que ce soient ses

collègues, ses supérieurs, ses clients, ses prestataires, mais aussi sa famille, ses amis, ses proches », est source de frustrations. Il est évident que l'absence de renforcements sociaux est un facteur de stress. Le fait de ne jamais recevoir de reportage positif mais, en revanche que la moindre erreur soit relevée avec insistance, génère du stress qui nous épuise au travail. De plus, les relations difficiles génèrent aussi de la frustration et représentent un facteur de stress supplémentaire. Il est évident que les conflits interpersonnels peuvent miner notre quotidien au travail. Les psychologues savent qu'il existe des personnalités particulièrement dures à vivre comme par exemple : les anxieux, les paranoïaques, les obsessionnels, les histrioniques, les narcissiques, les évitants et les agressifs. (Légeron, 2001.).

Nous constatons que le stress est omniprésent au sein de la pratique infirmière. Ceci car une multitude de facteurs, cités ci-dessus, sont à son origine. Une des conséquences du stress est, comme relevé par Mooser (2009), un manque d'énergie qui peut mener à une diminution de la motivation infirmière lors de la phase d'épuisement.

5. Méthodologie

5.1. L'argumentation du choix du devis

La revue de littérature étoffée a été choisie comme devis de recherche. Elle permet d'acquérir de nouvelles connaissances mais aussi de faire un compte rendu des savoirs actuels. En effet, la revue de littérature permet de connaître l'état des connaissances sur le sujet. De plus, ce type de devis permet d'obtenir des résultats précis et interprétables à partir d'études validées, puis publiées. Cela réduit considérablement le risque de biais au sein des résultats. Ces études sont élaborées par différents chercheurs, dans plusieurs pays, ce qui va permettre de généraliser les résultats. Des propositions pour l'amélioration de la motivation dans la pratique infirmière peuvent être apportées par les diverses études sélectionnées. Pour finir, Elle va aussi mettre en évidence le besoin de futures perspectives de recherches (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007).

5.2. La description des étapes nécessaires à la revue de littérature

Afin de réaliser cette revue de littérature, nous avons dû procéder par étapes. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

5.2.1. Les banques de données

L'utilisation de la banque de donnée Pubmed a permis d'effectuer les recherches d'études utiles à la revue de littérature. Parfois le manque d'accès aux articles en full text gratuit sur Pubmed, nous a conduits à effectuer des recherches sur Google en utilisant le titre de l'article se trouvant sur Pubmed. Cette technique est très pratique et efficace. Pour compléter la recherche électronique, d'autres études ont été trouvées de manière manuelle en consultant des ouvrages, puis en effectuant des recherches sur Pubmed.

5.2.2. Les résultats des stratégies de recherche

Afin de trouver des recherches sur cette problématique, les mots-clés suivants ont été utilisés : Motivation (motivation), Prevention and control (prévention et contrôle), Nursing staff (personnels infirmiers), Hospital (hôpital), Safety management (gestion de la sécurité), Nursing Care (soins infirmiers), Health service (service de la santé), Theory (théorie), Application of motivation (application de la motivation), Adherence (adhérence), Attitude of health personnel (attitude du personnel soignant), Handwashing (lavage des mains), Infection control (contrôle de l'infection), Psychology (psychologie), Factors (facteurs), Attitude (attitude), Caregiver (soignant) et Cross infection (infection croisée). L'utilisation de ces Mesh-terms nous a permis de trouver les articles nécessaires pour la réalisation de la revue de littérature (annexe B).

Stratégie 1

(((((motivation [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and hospital [MeSH]) and safety management [MeSH])

24 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Kudo, Y., Kido, S., Taruzuka Shahzad, M., Saegusa, Y., Satoh, T. & Aizawa, Y. (2008). Safety Climate and Motivation toward Patient, safety

among Japanese Nurses in Hospitals of fewer than 250 Beds. *Industrial Health*, 47, 70–79.

Stratégie 2

(((improving motivation [MeSH]) and health care workers [MeSH]) and experiences [MeSH])

6 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Manougi, R.N., Marchant, T.C. & Bygbjerg, C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 4, 1-7.

Stratégie 3

((((Motivation [MeSH]) and Nursing care [MeSH]) and Health service [MeSH]) and theory [MeSH]) and application of motivation [MeSH])

46 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Moody, R.C. & Pesut, D.J. (2006). The motivation to care : Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20, 15-48.

Stratégie 4

(((((Motivation [MeSH]) and Nursing staff [MeSH]) and Adherence [MeSH]) and attitude of health personnel [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and hospital [MeSH]) and infection control [MeSH])

3 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Akyol, A.D. (2005). Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 431–437.
- Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2007). Determinants of Good Adherence to Hand Hygiene Among Healthcare Workers Who Have Extensive Exposure to Hand Hygiene Campaigns. *Chicago Journals, Infection Control and Hospital Epidemiology*, 11, 1267-1274.

Stratégie 5

(((((Motivation [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and adherence [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and psychology [MeSH]) and attitude of health personnel [MeSH])

5 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- O'Boyle, C., Henly, S. & Duckett, L. (2001). Nurses' Motivation to Wash Their Hands: A Standardized Measurement Approach. *Applied Nursing Research*, 14, 136-145.

Stratégie 6

(((((factors [MeSH]) and cross infection [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and attitude [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and hospital [MeSH])

30 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Luao, Y., He, G-P., Zhou, J-W. & Luoc, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 14, 1106 – 1114.

Stratégie 7

(((((attitude of health personnel [MeSH]) and cross infection [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and adherence [MeSH]) and handwashing [MeSH])

53 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Di Martino, Paolo, Ban, K., Bartoloni, A., Fowler, K., Saint, S. & Mannelli, F. (2011). Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergency department: A 1-year postintervention evaluation. *Am J Infect Control*, 39, 14-18.
- Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E.F., Oenema, A., Daha, T.J., Richardus, J.H., Vos, M.C. & Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-

infection. Infection control and hospital epidemiology the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America, 5, 415-419.

Stratégie 8

(((((caregiver [MeSH]) and adherence [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and hospital [MeSH]) and infection control [MeSH])

2 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Raskind, C., Worley, S., Vinski, J. & Goldfarb, J. (2007). Hand Hygiene Compliance Rates After an Educational Intervention in a Neonatal Intensive Care Unit. Chicago Journals, 9, 1096-1098.

5.2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion

| Les critères d'inclusion | Les critères d'exclusion |
|---|---|
| Les études réalisées de 2001 à 2011 | Les études réalisées avant 2001 |
| Les recherches doivent traiter des facteurs de motivation infirmière qui permettent la pérennisation d'un comportement d'observance vis-à-vis des mesures d'hygiène hospitalière afin de réduire le taux d'infection nosocomiale. | Les recherches traitent de la prévention des mesures d'hygiène en général, sans la notion de pérennisation et ne se déroulant pas dans un contexte hospitalier. |
| L'étude doit être structurée de la façon suivante : un titre, un résumé, une introduction, une problématique, un cadre de référence, une méthodologie, les résultats, une discussion et une bibliographie. | L'étude n'est pas structurée, il manque soit : un titre, un résumé, une introduction, une problématique, un cadre de référence, une méthodologie, les résultats, une discussion et une bibliographie. |
| Français, anglais, allemand | Autres langues que le français, l'anglais et l'allemand |

5.2.4. La démarche d'extraction des données et d'analyse critique

L'étape d'extraction des données et d'analyse critique se déroule en trois temps.

Dans un premier temps, la grille de lecture d'un article scientifique, créée par Catherine Bassal et Nicole Nadot, a permis de retenir les éléments essentiels au sein des études afin de les sélectionner (Nadot & Bassal, 2010). Cette grille est remplie rapidement, ce qui nous a aidés face à un nombre conséquent d'études sur le sujet.

Dans un deuxième temps, les données de chaque recherche sélectionnée ont été extraites à l'aide des grilles de lecture critique qualitative et quantitative (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ces dernières ont permis de cibler les données utiles à la revue de littérature étoffée.

Dans un troisième temps, les grilles de lecture critique qualitative et quantitative (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*) ont subi de légères modifications afin de créer une grille de lecture critique personnalisée. Cette dernière permet de synthétiser l'ensemble des données des recherches qualitatives et quantitatives pour la réalisation de cette revue de littérature (annexe C).

5.2.5. La démarche de synthèse narrative

Par la suite, un tableau récapitulatif a permis de regrouper les résultats des dix recherches sous forme de thèmes (annexe D). Ceci a permis de mettre en évidence leurs similarités, et ainsi que d'augmenter la fiabilité de ces derniers. Puis, chaque thème a été rédigé en effectuant des liens entre les différents résultats des dix recherches sélectionnées.

5.3. L'analyse méthodologique des recherches sélectionnées

Dix études ont été analysées dans le but de procéder à cette revue de littérature. Elles correspondent toutes aux critères d'inclusions et d'exclusions, de fiabilité et de validité d'une étude scientifique. Deux d'entre elles ont un devis qualitatif phénoménologique, elles ont été menées par discussions de groupe à

l'aide d'un guide semi-structuré ou par entretiens à l'aide d'un guide structuré. Une revue de littérature a été sélectionnée. Pour les sept autres études, il s'agit de devis quantitatif expérimental et quasi expérimental utilisant les méthodes suivantes : l'observation avant et après l'intervention ou des questionnaires auto-administrés. Le choix de ces recherches scientifiques se justifie par le fait qu'elles traitent toutes des facteurs de motivation infirmière afin de pérenniser un comportement d'observance. La priorité dans la sélection de ces études était orientée vers la population et le phénomène. La majorité des études sont quantitatives, d'où leur utilité pour cette revue de littérature qui cherche à mettre en lumière les relations causales entre les facteurs de motivation infirmière et les comportements d'observance. Les deux recherches qualitatives vont permettre de connaître les expériences et les perceptions des professionnels de la santé vis-à-vis de leur adhérence aux mesures d'hygiène hospitalière (Loiselle & Profetto-Mcgrath, 2007).

Les recherches sélectionnées examinent une large population, attestant la crédibilité de l'échantillon. Diverses théories sur la motivation ont été utilisées dans l'élaboration de la revue de littérature sélectionnée. Au sein de la plupart de ces dernières, la population a signé un formulaire consistant à donner leur consentement éclairé. De plus, il a été précisé que les études se déroulaient dans l'anonymat ainsi qu'elles ont été approuvées par un comité d'éthique.

Une période de dix ans, de 2001 à 2011, a été convenue dans la sélection des articles scientifiques. Les résultats sont récents, mais recouvrent tout de même un laps de temps qui permet de se rendre compte d'une possible évolution. Il s'agit d'un sujet d'actualité qui est encore composé de lacunes, malgré un nombre conséquent d'études réalisées durant ces dix dernières années (OMS, 2010). La problématique, qui est un manque de motivation infirmière afin de pérenniser un comportement d'observance en ce qui concerne les mesures de prévention des infections nosocomiales, mérite donc des améliorations.

Les études retenues peuvent être divisées en deux groupes. Tout d'abord, nous allons aborder les recherches qui se basent plus spécifiquement sur l'hygiène des mains. Puis, dans un second temps, nous allons converser sur les études

qui s'orientent sur un thème plus général qui englobe toutes les mesures d'hygiène hospitalière. Nous avons trouvé ces deux façons d'approcher la problématique intéressantes.

En premier lieu, six études s'axent autour de l'hygiène des mains afin de découvrir les facteurs de motivation infirmière qui mènent à ce comportement d'observance. Il est évident que les résultats peuvent être transférés à d'autres comportements d'hygiène, sur lesquels ils auront les mêmes impacts. Voici la raison pour laquelle nous avons volontairement sélectionné ces études. L'objectif est semblable pour la majorité de ces recherches. Il met en évidence les facteurs de motivation qui entravent, ou renforcent, les comportements d'observance (Akyol, 2005 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007 ; O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Erasmus et al., 2009). Deux études quantitatives ont été menées avant, pendant et après une intervention éducative visant l'hygiène des mains. Elles ont permis d'apprécier l'effet de ces campagnes de promotion et de prévention de la santé à moyen et long terme, d'où leurs utilités au sein de cette revue de littérature (Raskind, Worley, Vinski & Goldfarb, 2007 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011).

En second lieu, trois études scientifiques se dirigent, de manière plus générale, sur la motivation infirmière afin de pérenniser un comportement d'observance vis-à-vis des mesures d'hygiène hospitalière. Les professionnels de la santé expriment de façon spontanée les dimensions qui jouent en faveur de leur motivation. Des pistes d'actions et de recommandations pour la pratique infirmière sont proposées. Toutefois, le cadre de référence, utilisé dans l'étude de Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh et Aizawa (2008), devrait être appliqué à d'autres études afin de valider sa fiabilité. De plus, certaines études sont dépourvues d'un cadre de référence développé (Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010).

La revue de littérature apporte de nombreuses pistes afin de mieux comprendre les biais de la motivation infirmière, car elle donne un état des connaissances sur le sujet. En effet, elle fait l'inventaire des connaissances sur le sujet jusqu'en 2006, d'où sa pertinence au sein de cette revue de littérature étoffée

qui, elle, se déroule six ans après. De plus, les pistes d'actions données au sein de cette revue de littérature vont être comparées à celles trouvées grâce à notre travail. De longues heures de lecture ont été nécessaires pour pouvoir regrouper les résultats sous forme de facteurs motivationnels positifs ou négatifs. Il faut relever également que l'étude comporte peu d'éléments sur des propositions de perspectives pour de futures études (Moody & Pesut, 2006).

Un certain nombre d'études ont été exclues suite à leurs traductions et leurs analyses. Pour la plupart d'entre elles, les facteurs de motivation infirmière n'étaient pas l'objet principal de l'étude. L'aspect d'un manque de matériels, ou de dispositifs, l'emportait sur les comportements infirmiers afin d'expliquer les causes des infections nosocomiales en milieu hospitalier.

6. Résultats

Onze thèmes, contenant les facteurs de motivation infirmière influençant la pérennisation des mesures d'hygiènes hospitalière, ont été identifiés au sein des dix études sélectionnées (annexe D) :

- L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif (n=10)
- Les conditions de travail (n=8)
- La promotion et la prévention de la santé (n=8)
- Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles (n=7)
- La connaissance des risques infectieux et des précautions standard (n=6)
- La pression des pairs et de la société (n=5)
- L'intérêt pour la qualité de vie des patients (n=5)
- Le milieu médical (n=4)
- Les modèles positifs et les normes comportementales (n=3)
- L'autonomie et l'expérience professionnelle (n=3)
- La situation sociale et familiale (n=3)

Ci-dessous nous allons vous présenter ces onze thèmes.

6.1. L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif (n=10)

D'après Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh, et Aizawa (2008), le reportage des résultats des efforts fournis par le personnel soignant a été sensiblement associé à la motivation infirmière afin d'empêcher les infections nosocomiales. Ensuite, selon Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006), la surveillance suivie du reportage des résultats va permettre d'augmenter le moral des soignants. Par contre, il est cité dans cette étude que le manque ou l'absence de surveillances et de reportages de la part de leurs supérieurs va restreindre la motivation infirmière (Manougi et al., *ibid.*). Comme relevé par Luo, He, Zhou et Luoc (2010) ainsi que par Akyol (2005), le manque de surveillances et de reportages sont tous deux des éléments freinant la motivation.

Dans leur étude, Moody et Pesut (2006) ont mis en évidence le lien entre un manque d'évaluation ainsi qu'un environnement punitif avec une diminution de la motivation (Moody & Pesut, *ibid.*). Suivant les résultats de l'étude de Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet (2007), vingt pourcent du personnel soignant estime que la surveillance des pratiques d'hygiène fait partie intégrante des facteurs de motivation infirmière. De plus, d'après Erasmus et al. (2009), la création d'une norme sociale plus forte et l'établissement d'un contrôle social seraient la clé pour améliorer la conformité. Une surveillance de haute qualité ainsi qu'une rétroaction des résultats efficaces et non punitifs semblent motiver les infirmières à respecter les mesures d'hygiènes hospitalières (Moody & Pesut, 2006).

La peur de recevoir un mauvais résultat en ce qui concerne l'hygiène des mains pousse les soignants à pérenniser leurs comportements d'observance. Le facteur de motivation ici présent est donc, l'évitement d'un reportage négatif (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001).

D'après Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint et Manneli (2011), le renforcement positif ainsi que le reportage positif va permettre d'améliorer la

motivation infirmière. Suite à leur étude pré-per-post interventionnelle Raskind, Worley, Vinski et Goldfarb (2007) ont aussi relevé l'importance d'un soutien positif continu afin de pérenniser un comportement d'observance.

6.2. Les conditions de travail (n=8)

Dans leur étude Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh et Aizawa, (2008) mettent en évidence comme facteur de motivation infirmière la satisfaction au travail. Si l'infirmière éprouve un sentiment d'accomplissement, de la reconnaissance et une certaine responsabilité, cela va appuyer son comportement d'observance. Il est évident qu'un manque de personnel ainsi qu'une plus grande charge de travail rendent difficile le maintien de la motivation (Kudo et al., *ibid.*).

D'après Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006), une répartition correcte des tâches a comme résultat un haut niveau de motivation infirmière. Au contraire, le manque de personnel de base engendre une augmentation de la charge de travail pour le personnel infirmier. Ensuite, la pénurie de médecins force les infirmières à traiter des cas pour lesquels elles n'ont pas été formées, donc elles dépassent leurs compétences. Ces éléments vont freiner les comportements d'observance. De plus, le manque d'augmentation de salaire va créer un mécontentement. Mais, il n'est pas certain que cela ait une répercussion directe sur la motivation infirmière (Manougi et al., *ibid.*).

Moody et Pesut (2006) ont découvert à la suite de leur recherche plusieurs facteurs de motivation infirmière permettant le maintien d'un comportement d'observance. Tout d'abord, un salaire acceptable ainsi qu'un emploi fixe font tous deux partie d'un confort qui laisse place à la motivation. Ensuite, un environnement professionnel où règne de bonnes conditions de travail comme : le temps d'effectuer son travail, la confiance entre les collègues et employeurs ainsi qu'une certaine complexité dans les tâches journalières vont permettre une satisfaction au travail. Celle-ci passe par l'accomplissement de soi, la reconnaissance de son travail et le besoin de considération qui, tous ensemble, font partie des facteurs de motivation infirmière. De plus, le fait d'avoir un grand

choix d'activités au sein de notre métier va amplifier ce phénomène de motivation. Au contraire, la surcharge de travail a comme effet direct une diminution de la pensée et de la prise de décision cognitive ce qui entrave les comportements d'observance (Moody & Pesut, 2006).

O'Boyle, Henly et Duckett (2001) ont noté dans leurs résultats qu'une dotation correcte permet d'avoir le temps, donc cela soutient la motivation infirmière. Dans le cas contraire, des limitations de temps accablent et frustrant les soignants qui sont trop occupés et n'appliquent pas les précautions standard (O'Boyle et al., *ibid.*).

Comme cité précédemment, si la charge de travail est correcte alors du temps sera consacré pour l'hygiène. Par contre en cas de surcharge de travail, le comportement d'observance risque fortement d'être réduit. Dans certains hôpitaux, un manque considérable de matériaux nécessaires aux respects des mesures d'hygiène va empêcher la mise en œuvre d'un comportement satisfaisant (Akyol, 2005). D'après Luo, He, Zhou et Luo (2010), des limites économiques peuvent indirectement diminuer la motivation infirmière en les privant de certains matériaux, infrastructures ou campagnes.

Suite à l'élaboration de leur recherche Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint et Manneli (2011) ont aussi relevé divers facteurs qui entravent la motivation infirmière : le manque d'approvisionnement des matériaux et une grande charge de travail. Ces derniers entravent la pérennisation d'un comportement d'observance (Di Martino et al., *ibid.*). Les facteurs trouvés par Erasmus et al. (2009) sont identiques aux autres recherches scientifiques : le laps de temps nécessaire, le faible taux de dotation infirmière dans les services et le manque de matériaux (Erasmus et al., *ibid.*).

D'après Moody et Pesut (2006), un travail d'équipe positif permet de rendre compte de la diversité humaine par rapport à l'affect, la personnalité, les styles cognitifs et les relations interpersonnelles. Tout ceci va créer un soutien entre les infirmières ainsi qu'augmenter leur estime de soi, ce qui va jouer un rôle positif sur la motivation de chacune. De plus, la formation de groupe de soins

va permettre d'ouvrir la communication, avec comme but, résoudre ensemble des situations complexes (Moody & Pesut, 2006.). Selon Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006), une bonne communication entre les infirmières et les médecins va permettre de pérenniser la motivation infirmière. Cela va être possible en organisant des rencontres et des discussions afin de mettre en commun leurs compétences. Il s'agit ici de travailler en interdisciplinarité en plaçant le patient au centre de nos préoccupations avec l'objectif de lui offrir un haut niveau de sécurité (Manougi et al., *ibid.*).

Les problèmes de communications entre les unités de soins sont à la source de frustrations (Moody & Pesut, 2006). De plus, des communications incorrectes entre les médecins et les infirmières peuvent mener à des méthodes de soins et à des procédures inappropriées. Ce qui peut conduire à une baisse de la motivation infirmière à respecter un comportement d'observance avec parfois comme conséquence, une augmentation des infections nosocomiales (Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008).

6.3. La promotion et la prévention de la santé (n=8)

Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006) ont trouvé grâce à leur recherche que la promotion de la santé est importante afin de sensibiliser les infirmières à pérenniser un comportement d'observance (Manougi et al., *ibid.*). Le fait d'effectuer de la promotion au niveau des recommandations de l'hygiène des mains fait partie des facteurs de motivation infirmière afin de respecter les mesures d'hygiène standard (Akyol, 2005). Selon Raskind, Worley, Vinski et Goldfarb (2007), un mois après que le programme de promotion d'hygiène des mains ait été lancé une première amélioration du taux de conformité de la part des infirmières a été notée. Ceci suggère qu'un programme éducatif efficace puisse améliorer la conformité. Par contre, la motivation a tendance à diminuer après deux mois d'où l'importance d'un soutien continu (Raskind et al., *ibid.*).

Suite à leur recherche Luo, He, Zhou et Luoc (2010) ont relevé la qualité inférieure des précautions standard dans des hôpitaux de petite taille. Celle-ci est due à un manque certain d'infrastructures, mais surtout à l'absence de

département spécialisé dans le domaine des infections nosocomiales (Luoa et al., 2010). De plus, d'après Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet (2007), la participation à une campagne sur l'hygiène des mains, au moins une fois au cours de sa vie professionnelle, permet d'améliorer un comportement d'observance à long terme.

La peau sèche et endolorie est un problème qui est souvent présent et qui n'appuie pas l'adhérence à long terme (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Erasmus et al., 2009). L'irritation cutanée des mains fait partie de la santé des infirmières au travail (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011). Il va falloir prendre ce facteur qui diminue la motivation des infirmières à adopter un comportement d'observance au sérieux, afin d'y remédier.

6.4. Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles (n=7)

D'après Luoa, He, Zhou et Luoc (2010), l'auto-efficacité générale induit une attitude positive vis-à-vis des mesures d'hygiènes hospitalières afin d'éviter des infections nosocomiales. Ceci est provoqué par l'assurance que ressent la personne (Luoa et al, ibid.). Selon Moody et Pesut (2006), le fait d'acquérir une auto-efficacité satisfaisante durant son travail va renforcer l'amour propre de la personne ainsi que sa volonté de bien faire. En principe l'appui accru de conscience de soi ainsi que l'autoréflexion ont tous deux comme effet principal, l'intégration et l'autorégulation des comportements et des traits de motivation au travail. Au contraire, une infirmière dépourvue d'intention, qui possède un sentiment d'incompétence au travail et d'un manque de contrôle perçu par rapport à son activité professionnelle, va, elle, induire un comportement de non-observance à long terme. De plus, dans le cas d'un épuisement émotionnel, l'énergie mise à disposition dans la motivation afin de garantir la pérennisation des mesures d'hygiène va être affaiblie (Moody & Pesut, ibid.).

La majorité des infirmières a rapporté qu'elles avaient conscience de l'importance de l'hygiène des mains et qu'elles devraient y prêter plus d'attention (Akyol, 2005). Dans l'étude réalisée par Sax, Uckay, Richet,

Allegranzi et Pittet (2007), la perception qu'il est relativement facile d'exécuter l'hygiène des mains appuie les comportements d'observance. En terme médical, cette perception se nomme : le contrôle perçu de la tâche. Ce dernier permet de développer une motivation à long terme mais aussi une auto-efficacité positive (Sax et al., *ibid.*). Si l'on prête attention aux résultats de la recherche conduite par O'Boyle, Henly et Duckett (2001), il relève aussi que le contrôle perçu de la tâche va permettre à son auteur de pérenniser un comportement d'observance.

Suite à la recherche effectuée par Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint et Manneli (2011), l'oubli du comportement d'observance va être un obstacle à la motivation infirmière. L'omission d'un geste de sécurité est grave, mais il faut être conscient que chaque être humain n'est pas parfait et a le droit à l'erreur (Di Martino et al., *ibid.* ; Erasmus et al., 2009).

L'étude effectuée par Moody et Pesut (2006) démontre que si l'activité professionnelle n'est pas conforme au but de la vie d'une personne ainsi qu'à son système de valeur, alors il y aura une répercussion négative sur sa motivation à long terme. En d'autres mots, afin de s'orienter vers des comportements d'observance, il sera nécessaire d'avoir un alignement parfait entre les buts personnels et professionnels. Par exemple dans le cas de projets de carrière professionnelle irréalisable, le but sera rompu. D'où l'importance de l'adéquation entre ses propres valeurs et une organisation qui sera soutenir ces dernières, voici la définition d'un travail identifiable (Moody & Pesut, *ibid.*).

6.5. La connaissance des risques infectieux et des précautions standard (n=6)

Les croyances personnelles au sujet de l'efficacité des mesures d'hygiène vont fortement influencer la motivation des infirmières. Si ces dernières ont reçu une formation exemplaire sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, alors elles auront comme connaissances l'importance des mesures d'hygiène afin d'empêcher les infections nosocomiales. (Erasmus et al., 2009). Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006) ont démontré grâce à leur

recherche qu'une formation de haut niveau permet de former du personnel qualifié, motivé à garantir une certaine sécurité à leurs patients. Au sein de son enquête qualitative, Akyol (2005) a mis en évidence l'importance d'une connaissance pointue sur les directives d'hygiène hospitalière et sur la perception du risque de transmission croisée. L'association de ces deux connaissances va permettre d'augmenter la motivation des infirmières à prodiguer des soins de qualité durant toutes leurs carrières professionnelles. (Akyol, *ibid.*).

Dans les résultats de leur recherche Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet (2007) ont relevé les croyances infirmières suivantes : la perception que les infections associées aux soins sont graves (32,1%) et la perception que l'hygiène des mains est efficace pour empêcher ces infections (86%). Cela démontre les bonnes connaissances de la part des infirmières aux sujets des infections nosocomiales. Nous pouvons faire le lien entre la connaissance des précautions standard et des infections nosocomiales, toutes deux facteurs de motivation infirmière, avec une attitude d'observance (Sax et al., *ibid.*). Les infirmières durant leurs études doivent acquérir des connaissances sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales afin de dispenser des soins corrects. Cela va permettre une prise de conscience de l'importance d'une adhérence à long terme (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001). De plus, Luoa, He, Zhou et Luoc (2010) relèvent aussi l'importance d'une bonne formation.

D'après Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint et Manneli (2011), L'ignorance des directives par rapport aux infections nosocomiales est une preuve irréfutable d'un manque de formation. Les conséquences vont être une diminution de la motivation infirmière vers un comportement d'observance d'où une possibilité de complications auprès des prestataires de soins (Di Martino et al., *ibid.*).

6.6. La pression des pairs et de la société (n=5)

Suite à son enquête quantitative, Akyol (2005) a décrit que le comportement d'observance en groupe exerce une certaine pression qui pérennise l'adhérence.

Selon Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet (2007), la pression sociale perçue, la pression des supérieurs, la pression des collègues et la pression de la personne perçue pour être la plus influente de l'équipe, autrement dit le leader, jouent toutes un rôle dans les comportements d'adhérences. Ces différentes pressions font toutes partie des croyances normatives qui maintiennent la motivation infirmière à respecter les mesures d'hygiène hospitalière (Sax et al., *ibid.*). Ensuite, l'étude de O'Boyle, Henly et Duckett (2001) suit les résultats de la recherche précédente en ce qui concerne les normes subjectives. Elle appuie le fait que les attentes et les représentations de l'infirmière cheffe, des autres soignants, des familles, des patients, des collègues, des amis ainsi que des médecins forment une pression qui pousse les infirmières à adopter un comportement d'observance (O'Boyle et al., *ibid.*).

Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006) ont trouvé grâce à leur étude que la confiance de la société envers les infirmières appuie leur motivation. De plus, la création d'une norme sociale plus forte est importante, car elle va permettre d'établir une pression sur les soignants afin qu'ils acquièrent un comportement adéquat (Erasmus et al., 2009).

6.7. L'intérêt pour la qualité de vie des patients (n=5)

Selon l'étude entreprise par Moody et Pesut (2006), les infirmières qui manifestent un intérêt et un dévouement pour la vie des autres vont automatiquement adopter un comportement d'observance. Le fait de percevoir l'impact de notre activité sur la qualité de vie des patients augmente la motivation des soignants à pérenniser leur respect des mesures d'hygiène hospitalière afin d'éviter les infections nosocomiales (Moody & Pesut, *ibid.*).

Si l'on se réfère à la recherche menée par Akyol (2005), la majorité des infirmières ont rapporté toujours se laver les mains après contact avec les patients, l'équipement et le milieu souillé ou non-souillé. Nous pouvons constater qu'il y a un réel intérêt pour la sécurité des patients ainsi qu'une autoprotection de la part des infirmières. Ces éléments constituent deux facteurs qui soutiennent la motivation infirmière à suivre les précautions recommandées afin de garantir une bonne qualité de vie à leurs patients, mais aussi pour elles-mêmes. Par contre, le port de gants procure une sensation d'autoprotection à l'infirmière avec pour conséquence une diminution de l'hygiène des mains (Akyol, *ibid.*). Selon Luo, He, Zhou et Luo (2010), comme cité dans l'étude précédente, le port de gants diminue le comportement d'observance car les infirmières se sentent protégées des différentes substances. Ceci engendre une diminution du changement des gants ainsi qu'une diminution des mesures d'hygiène standard au détriment de la sécurité du patient. Dans ce cas, les infirmières n'ont pas d'intérêt pour la qualité de vie du patient, mais, seulement pour leur propre qualité de vie (Luo et al., *ibid.*).

Après contact avec des liquides corporels ou des objets souillés, les infirmières effectuent plus facilement le lavage des mains. Cette réaction est présente afin de répondre à un besoin de protection personnelle qui semble être plus important pour la conformité, que pour la sécurité des patients (O'Boyle, Henly, & Duckett, 2001). De plus, d'après Erasmus et al. (2009), les attitudes des infirmières sont de privilégier leur protection vis-à-vis des substances sales et souillées, cela conduit à une forme d'observance à but narcissique. Ici les soignants ne considèrent pas la sécurité du patient comme raison prioritaire pour la conformité. Ceci démontre un manque d'intérêt considérable envers les personnes hospitalisées (Erasmus et al., *ibid.*).

6.8. Le milieu médical (n=4)

Suite à leur recherche O'Boyle, Henly et Duckett (2001) ont découvert que les situations de crise et d'urgence perturbent le comportement d'observance des infirmières. Erasmus et al. (2009) soutiennent aussi que les situations

d'urgence, cause principale de stress, peuvent diminuer la pérennisation de la motivation infirmière.

Certaines spécialités comme la chirurgie, la médecine, les urgences et les soins intensifs demandent la pratique de beaucoup de gestes invasifs ce qui est une source d'entrée pour les infections nosocomiales. Il est évident qu'au sein de ces services règnent une grande charge de travail ainsi qu'un certain stress qui peut être la cause d'un manque de motivation à long terme. De plus, la chronicité fait aussi partie du quotidien de ces unités ce qui peut entraîner une banalisation des précautions standard (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011). Luoa, He, Zhou et Luoc (2010) maintiennent que les services de médecine font partie des facteurs de risque de non-observance infirmière de par leur chronicité. Cela peut rendre le travail monotone et banal, et donc diminuer la motivation (Luoa et al., *ibid.*).

6.9. Les modèles positifs et les normes comportementales (n=3)

Par le biais de son étude Akyol (2005) a découvert l'importance des modèles positifs afin d'obtenir l'observance des autres professionnels de la santé. De plus, la croyance d'être un modèle ainsi qu'une norme comportementale va induire une attitude positive envers l'hygiène de la part de la personne elle-même mais aussi de ses collègues (Akyol, *ibid.*).

Selon Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint et Manneli (2011), certains membres du personnel soignant, comme par exemple les médecins ont souvent des niveaux inférieurs d'adhérence à l'hygiène des mains. Ce mauvais exemple de la part des médecins va avoir des conséquences négatives sur les jeunes professionnels de la santé qui vont tout naturellement s'inspirer du comportement de non-observance (Di Martino et al., *ibid.*).

D'après Erasmus et al. (2009), il y a un réel besoin de modèles positifs afin de montrer l'exemple à l'ensemble des soignants. Les normes fournies par le personnel hospitalier supérieur ou le personnel qui possède un haut statut comme les médecins, sont d'importances majeures pour garantir la conformité à long terme. Afin d'illustrer ces propos voici un exemple tiré de cette

recherche : des étudiants en médecine ont explicitement mentionné copier le comportement de non-observance de leurs supérieurs. Il est donc évident que le rôle des supérieurs et des professionnels possédant un haut statut peut renforcer ou affaiblir une culture de sécurité et d'hygiène appropriée (Erasmus et al., 2009).

6.10. L'autonomie et l'expérience professionnelle (n=3)

Le haut niveau de responsabilité va induire une implication importante de la part des infirmières diplômées. De cela découle tout naturellement le respect des mesures d'hygiène hospitalière afin d'éviter les infections nosocomiales (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001). Ensuite, d'après Moody et Pesut (2006), le fait d'avoir une grande autonomie professionnelle va favoriser le sentiment de puissance et augmenter les compétences personnelles. Ce phénomène va soutenir la motivation intrinsèque individuelle qui mène au respect des mesures standard. Au contraire, le comportement adaptatif qui regroupe les instructions précises, la diminution de la complexité et le fait d'effectuer une seule tâche à la fois va, lui, restreindre l'autonomie professionnelle. Ce dernier aura donc comme conséquence des comportements de non-observance (Moody & Pesut, *ibid.*).

Selon l'étude réalisée par Luo, He, Zhou et Luo (2010), une faible expérience d'exposition aux infections nosocomiales a comme conséquence une conformité plus élevée aux précautions standard. Celle-ci est due car les soignants prêtent plus d'attention à un événement nouveau et ne banalisent pas le danger. Par contre, le risque qu'un comportement de non-observance s'installe est plus grand si une sorte de routine prend place avec l'expérience (Luo et al., *ibid.*).

6.11. La situation sociale et familiale (n=3)

Grâce à leur étude Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh et Aizawa (2008) ont retenu que la présence des enfants pouvait renforcer la conscience de la dignité et produire des influences positives sur la motivation infirmière envers la sécurité des patients. De plus, d'après Sax, Uckay, Richet, Allegranzi

et Pittet (2007), un des facteurs de motivation infirmière afin de respecter les mesures d'hygiène hospitalière est d'être de sexe féminin. Cette déduction s'explique, car les femmes sont, en règle générale, plus habituées à effectuer les tâches ménagères qui assurent une certaine hygiène à leur domicile (Sax et al., *ibid.*).

Le fait d'avoir une bonne situation sociale influence fortement la satisfaction professionnelle. Cela se perçoit par un engagement rigoureux de la part du personnel soignant. À l'inverse, une mauvaise situation sociale, qui peut avoir comme conséquence sur la vie d'un individu un manque d'appui social ainsi qu'un isolement personnel, peut être la cause d'un manque d'intention envers les comportements d'observance recommandés (Moody & Pesut, 2006).

7. Discussion

Cette revue de littérature examine les facteurs de motivation infirmière qui permettent de pérenniser un comportement d'observance des mesures d'hygiène hospitalière. Par la suite, des pistes d'action vont être proposées afin de prévenir cette problématique de non-observance dans le but de diminuer les infections nosocomiales.

Il y a tout d'abord une analyse des différents résultats à l'aide des cadres de référence expliqués ci-dessus. Puis, une réponse à la question de recherche est développée.

7.1. L'analyse des résultats

Les onze thèmes issus des résultats vont être mis en lien avec les cadres de référence choisis (la motivation, le comportement, l'observance, l'effet de Hawthorne, la promotion et la prévention de la santé et le stress).

7.1.1. L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif

Nous avons pu remarquer à l'aide du tableau récapitulatif des résultats (annexe D), que ce premier facteur est présent au sein des dix recherches analysées. Cela montre sa grande part d'importance envers la motivation infirmière en ce qui concerne le respect des mesures d'hygiène hospitalière.

La surveillance des comportements d'observance par une personne définie est l'un des facteurs-clés de la motivation infirmière (Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010 ; Moody & Pesut, 2006 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007 ; Erasmus et al., 2009 ; Akyol, 2005). Nous établissons le lien avec l'effet de Hawthorne. En psychologie, lorsque les participants ont conscience de contribuer à une expérience dans laquelle ils sont analysés, la tendance générale est une augmentation de la motivation. Il est évident que cette dernière n'est pas due aux facteurs expérimentaux, mais au fait d'être surveillé (psychologie du travail, 2009). Si nous revenons au contexte des comportements d'observance, si ceux-ci sont observés et surveillés, alors il y aura une augmentation de la motivation infirmière. Avec le temps, l'effet d'Hawthorne a tendance à s'estomper pour laisser place au fonctionnement habituel (Kantowitz, Roediger & Elmes, 2004). D'où l'intérêt de mettre en place plusieurs sécessions de surveillances durant l'année. Nous constatons que l'effet de Hawthorne est à double tranchant, car la plupart du temps il biaise les résultats d'études, par contre, dans notre situation, il provoque une conséquence motivationnelle positive sur le comportement des infirmières (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

La surveillance est accompagnée de la rétroaction positive ou négative des observations faites. Au travers de plusieurs études, il est ressorti que le reportage positif soutient la motivation infirmière à avoir un comportement d'observance (Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010 ; Akyol, 2005 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011). Ceci peut être dû au fait que le comportement est soit inné ou acquis, conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire ainsi

qu'automatique ou contrôlé. Le comportement d'observance va donc être contrôlé par les infirmières grâce à la surveillance ainsi qu'à la rétroaction positive. De plus, nous établissons que le reportage induit une prise de conscience de notre comportement ce qui va permettre une mise en question de ses caractéristiques (Formarier & Jovic, 2009).

Les rétroactions positives augmentent le moral des soignants ce qui renforce leur motivation (Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006). Au contraire, le fait de ne jamais recevoir de reportage positif mais, en revanche que le moindre oubli soit relevé avec insistance, génère un stress qui nous épuise au travail (Légeron, 2001). L'épuisement n'appuie pas la motivation infirmière (Mooser, 2009).

O'Boyle, Henly et Duckett (2001) ont trouvé lors de leur étude que la peur de recevoir un reportage négatif pousse les infirmières à adopter un comportement d'observance. Selon Légeron (2001), la surveillance déclenche un stress qui mène à la peur de ne pas bien faire. De plus, Moody et Pesut (2006) soulève qu'une rétroaction non punitive appuie l'adhérence. Il est évident qu'en cas de retombée négative sur notre vie professionnelle notre motivation va être réduite (Légeron, 2001).

Les renforcements positifs offrent un soutien continu aux infirmières dans leur pratique professionnelle (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Raskind, Worley, Vinski & Goldfarb, 2007). Selon Formarier et Jovic (2009), la motivation se compose de plusieurs attributs dont la persistance ou la persévérance, qui explique la durée d'un comportement. Nous constatons que ces renforcements positifs continus contribuent à pérenniser l'observance car la persuasion verbale fait partie d'un des quatre moyens pour développer l'auto-efficacité d'un individu. Celle-ci signifie « la croyance de la personne en sa capacité d'exécuter avec succès un comportement donné pour parvenir aux résultats escomptés » (Bandura, 2003, cité par Filiatrault & Richard, 2005, p.50).

7.1.2. Les conditions de travail

La satisfaction au travail est présentée comme facteur de motivation infirmière. Un sentiment d'accomplissement, de la reconnaissance et un besoin de considération appuient l'observance. Patrick Légeron (2001) soutient le besoin de reconnaissance, car il permet d'éviter une certaine frustration. De plus, un environnement professionnel où règnent de bonnes conditions de travail comme : le temps d'effectuer son travail, une dotation correcte, la confiance entre les collègues et employeurs, un grand choix d'activités ainsi qu'une certaine complexité dans les tâches journalières vont permettre la satisfaction des infirmières (Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008 ; Moody & Pesut, 2006 ; O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Akyol, 2005).

Selon Wheeler (1997) et McGowan (2001) (cité par Testa-Mader, 2004, p.36), « le travail de l'infirmier/ère est considéré comme une occupation stressante ». Une grande charge de travail, un manque de personnel ainsi que le dépassement des compétences freinent la motivation infirmière (Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008 ; Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006 ; Akyol, 2005 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Erasmus et al., 2009). Selon Moody et Pesut (2006), la surcharge de travail a comme effet direct une diminution de la pensée et de la prise de décision cognitive ce qui entravent les comportements d'observance. Cette dernière accable et frustre les infirmières (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001). Selon Patrick Légeron (2001), la surcharge est la principale source de stress au travail. Les infirmières sont débordées par le volume ou la quantité des tâches, d'où leurs comportements de non-observance (Légeron, *ibid.*).

Le manque d'augmentation de salaire va créer un mécontentement qui peut avoir un effet négatif sur la motivation (Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006). Par contre, un salaire acceptable ainsi qu'un emploi fixe font tous deux partie d'un confort qui laisse place à la motivation (Moody & Pesut, 2006). D'après Patrick Légeron (2001), le premier type de renforcements matériel est le salaire. On nous demande de plus en plus de qualifications, mais au niveau salarial rien

ne change. Il y a donc une diminution de la motivation infirmière due à un manque de renforcement matériel (Légeron, 2001).

Un travail d'équipe positif crée une dynamique de soutien entre les infirmières ainsi qu'une haute estime de soi (Moody & Pesut, 2006). Selon Mucchielli (2006), l'estime de soi est la composante principale de la motivation. Elle crée une grande confiance en soi et amène à une certitude existentielle en la valeur des choses que l'on fait (Mucchielli, *ibid.*).

Une bonne communication entre les différents acteurs de la santé permet de travailler en interdisciplinarité. Le fait de mettre en commun leurs compétences les aide à résoudre des situations complexes en mettant le patient au centre de leurs préoccupations dans le but de lui offrir un haut niveau de sécurité. (Moody & Pesut, 2006 ; Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006). Par contre, la motivation des infirmières envers l'observance peut être diminuée en cas de problèmes de communications au sein du système de santé. Ceux-ci sont source de frustrations et mènent à des procédures inappropriées (Moody & Pesut, *ibid.* ; Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008). D'après Patrick Légeron (2001), la frustration est générée par des relations difficiles et représente un facteur de stress supplémentaire. Les conflits interpersonnels créent une mauvaise dynamique de groupe ce qui mine l'ambiance au travail (Légeron, *ibid.*). Une des conséquences directes du stress est le manque d'énergie ce qui diminue la motivation infirmière (Mooser, 2009).

Le manque considérable de matériaux nécessaires aux respects des mesures d'hygiène va empêcher la mise en œuvre d'une attitude satisfaisant (Akyol, 2005 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Erasmus et al., 2009). Dans le cas présent, l'aspect structurel et fonctionnel va contraindre le comportement d'observance (Formarier & Jovic, 2009).

7.1.3. La promotion et la prévention de la santé

La promotion de la santé occupe une grande place dans le processus de pérennisation d'un comportement d'observance de la part des infirmières

(Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006). Cela permet de sensibiliser les soignants à l'importance des mesures d'hygiène afin de renforcer et de promouvoir la santé ainsi que le bien-être de leurs patients (Jeanneret & Gutzwiller, 1996). Les programmes de promotion éducatifs sur les recommandations pour l'hygiène des mains, les campagnes sur l'hygiène ainsi qu'un soutien continu font partie des facteurs de motivation infirmière afin de pérenniser la conformité (Akyol, 2005 ; Raskind, Worley, Vinski & Goldfarb, 2007 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007). Ces derniers font tous partie du renforcement comportemental positif qui consolide la motivation infirmière (Jeanneret & Gutzwiller, 1996). Par contre, le manque d'infrastructures et l'absence de département spécialisé dans le domaine des infections nosocomiales n'offrent pas la possibilité de mettre en place des programmes de promotion de la santé (Luoa, He, Zhou & Luoc, 2010).

La prévention de la santé est omniprésente au sein de toutes les recherches sélectionnées. Ceci, car il est évident que le but visé en augmentant la motivation infirmière vers l'observance est de prévenir les infections associées aux soins. En d'autres mots, l'objectif final est d'empêcher les infections associées aux soins (Jeanneret & Gutzwiller, 1996).

La peau sèche et endolorie est un problème de santé au travail qui est souvent présent et qui n'appuie pas l'adhérence infirmière à long terme (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Erasmus et al., 2009). Selon Formarier et Jovic (2009), notre comportement varie en fonction de notre aspect biologique, culturel, social, structurel et fonctionnel. S'il crée des désagréments physiques, le comportement va être évité.

7.1.4. Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles

Comme relevé à plusieurs reprises ci-dessus, l'auto-efficacité induit une attitude positive vis-à-vis des mesures d'hygiène hospitalière afin d'éviter les infections nosocomiales. Elle renforce l'assurance que ressent la personne, son amour propre ainsi que sa volonté de bien faire (Luoa, He, Zhou & Luoc, 2010 ; Moody

& Pesut, 2006 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007). Selon Bandura (2003, cité par Filiatrault & Richard, 2005), l'auto-efficacité est « la croyance de la personne en sa capacité d'exécuter avec succès un comportement donné pour parvenir aux résultats escomptés » (p.50).

L'appui accru de conscience de soi ainsi que l'autoréflexion ont tous deux comme effet principal, l'intégration et l'autorégulation des comportements et des traits de motivations au travail. Au contraire, une infirmière dépourvue d'intention et qui possède un sentiment d'incompétence au travail va adopter un comportement de non-observance à long terme (Moody & Pesut, 2006 ; Akyol, 2005). Le manque d'intention ainsi qu'un sentiment d'incompétence peuvent être ressentis en cas d'absence de reconnaissance. Cette dernière signifie « un besoin de se sentir apprécié, valorisé, reconnu par les autres, que ce soient ses collègues, ses supérieurs, ses clients ses prestataires, mais aussi sa famille, ses amis, ses proches » (Légeron, 2001, p.73). Si ce besoin n'est pas rempli alors l'infirmière peut se sentir frustrée et cela va avoir des conséquences négatives sur sa motivation (Légeron, *ibid.*).

Le contrôle perçu de la tâche à effectuer permet d'appliquer un comportement d'observance (Moody & Pesut, 2006 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007 ; O'Boyle, Henly & Duckett, 2001). La perception de contrôle signifie la maîtrise que la personne a sur le déroulement et les conséquences de ses actions. En cas de haut niveau de contrôle, une meilleure motivation sera observée (Université Laval, 2002). Ce contrôle est dépendant des ressources et obstacles internes (habilités, connaissances,...) ou externes (ressources économiques, soutien social,...) de l'individu (Ajzen 1985, cité par Filiatrault & Richard, 2005).

Dans le cas d'un épuisement émotionnel, l'énergie mise à disposition dans la motivation afin de garantir la pérennisation des mesures d'hygiène va être affaiblie (Moody & Pesut, 2006). Il s'agit ici du processus biologique du stress. Comme nous pouvons constater lors de la phase d'épuisement, l'organisme devient vulnérable et la personne ressent un manque crucial d'énergie (Mooser, 2009). Ensuite, l'oubli peut jouer un rôle négatif sur l'observance (Di Martino,

Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Erasmus et al., 2009). L'omission d'un geste de sécurité est grave, mais il faut être conscient que chaque être humain n'est pas parfait et a le droit à l'erreur.

Si l'activité professionnelle n'est pas conforme au but de la vie d'une personne ainsi qu'à son système de valeur, alors il y aura une répercussion négative sur sa motivation à long terme (Moody et Pesut, 2006). Selon Alex Mucchielli (2006), l'absence de signification donnée à l'action est une des causes principales de la démotivation. Le choix de réaliser une activité doit permettre de satisfaire un but (Venturini, 2007). Pour qu'une infirmière soit motivée, il faut qu'elle trouve l'action entreprise utile et accompagnée d'un but fixé (Université Laval, 2002).

7.1.5. La connaissance des risques infectieux et des précautions standard

Les croyances personnelles au sujet de l'efficacité des mesures d'hygiène hospitalière vont fortement influencer la motivation des infirmières. Si ces dernières ont reçu une formation exemplaire sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, alors elles adopteront un comportement d'observance à long terme (Erasmus et al., 2009 ; Manougi, Marchant & Bygbjerg, 2006 ; Akyol, 2005 ; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007 ; O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010). Le modèle des croyances relatives à la santé « s'intéresse au rôle des perceptions (ou croyances) des personnes dans leur processus de décision quant à l'adoption ou la cessation de certains comportements » (Filiatrault & Richard, 2005, p.48). La perception des bénéfices ainsi que des obstacles, quant aux stratégies proposées afin de limiter les infections associées aux soins, fait partie des composantes cognitives de l'individu. Nous relevons parfaitement l'importance d'un apprentissage adéquat afin de pérenniser la motivation infirmière vers l'adhérence (Filiatrault & Richard, *ibid.*).

L'ignorance des directives par rapport aux infections nosocomiales est une preuve irréfutable d'un manque de formation. Les conséquences vont être une

diminution de la motivation infirmière vers un comportement d'observance d'où une possibilité de complications auprès des prestataires de soins (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011). Pour pouvoir obtenir un changement de comportement de la part d'un individu, celui-ci doit être convaincu de son bon sens et avoir la volonté de s'engager. D'où l'importance d'explications claires et complètes sur la problématique des infections nosocomiales afin de parvenir à un comportement d'observance (Formarier & Jovic, 2009).

7.1.6. La pression des pairs et de la société

En général, il est ressorti que le comportement d'observance en groupe exerce une certaine pression qui pérennise l'adhérence (Akyol, 2005). Nous mettons en lien la pression des pairs avec « la théorie de l'action raisonnée qui suggère que le déterminant le plus important du comportement est l'intention comportementale » (Filiatrault & Richard, 2005, p.52). Selon Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet (2007) ainsi que O'Boyle, Henly et Duckett (2001), il existe plusieurs normes subjectives qui entraînent cet effet : la pression sociale perçue, la pression des supérieurs, la pression des collègues et la pression de la personne perçue pour être la plus influente de l'équipe. Un des facteurs cognitifs de la théorie raisonnée, est la perception que l'individu a des attentes des autres. Celle-ci va jouer un rôle pertinent en favorisant l'adoption du comportement d'observance (Filiatrault & Richard, 2005).

7.1.7. L'intérêt pour la qualité de vie des patients

L'intérêt et le dévouement pour la vie des autres appuient un comportement d'observance. La perception de l'impact de notre pratique sur la qualité de vie des patients, fait partie d'un des facteurs de motivation infirmière (Moody & Pesut, 2006 ; Akyol, 2005). L'effort déployé ainsi que la finalité du comportement déclenché par les soignants font partie des attributs qui composent la motivation (Formarier & Jovic, 2009).

Par contre, le port de gants procure une sensation d'auto-protection à l'infirmière avec pour conséquence une diminution de l'hygiène des mains

(Akyol, 2005 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010). De plus, après un contact avec des liquides corporels ou des objets souillés, les infirmières effectuent plus facilement le lavage des mains. Cette réaction est présente afin de répondre à un besoin de protection personnelle qui semble être plus important, pour elles-mêmes, que pour la sécurité des patients. (O'Boyle, Henly, & Duckett, 2001 ; Erasmus et al., 2009). C'est une forme d'observance à but narcissique. Les psychologues relèvent qu'il existe une multitude de personnalités, comme par exemple les narcissiques qui se soucient beaucoup de leur apparence physique et qui éprouvent peu d'empathie (Légeron, 2001).

7.1.8. Le milieu médical

Les situations de crise et d'urgence causent du stress et diminuent la motivation infirmière (O'Boyle, Henly & Duckett, 2001 ; Erasmus et al., 2009). Le stress est amplifié par une grande charge de travail et par de nombreux gestes invasifs qui augmentent les risques d'infections nosocomiales (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011). Selon Légeron (2001), l'adaptation d'une infirmière à une situation d'urgence n'est autre que la réponse au stress elle-même. Au sein d'un service d'urgence, celle-ci, au lieu d'être sollicitée quelquefois, l'est en permanence (Légeron, *ibid.*). Mooser (2009) a relevé le fait que le stress peut mener à l'épuisement puis à une diminution de la motivation. D'après Gottlieb, Kelloway et Martin-Matthews (1996, cité par Testa-Mader, 2004), « de nombreuses études montrent que les infirmiers/ères présentent un niveau de stress plus élevé que d'autres professionnel/les de la santé » (p.36).

La chronicité entraîne une banalisation des précautions standard d'où une diminution de la motivation infirmière envers l'observance (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Luo, He, Zhou & Luoc, 2010). Selon Diel (1991), la banalisation peut être comparée à un état d'inhibition spirituelle relâché dans lequel le désir principal disparaît.

7.1.9. Les modèles positifs et les normes comportementales

Une étude a mis en évidence l'importance de modèles positifs (Akyol, 2005). Selon Mucchielli (2006), les individus socialisés s'inspirent de façon

inconsciente des normes et des valeurs sociales. Ces dernières font partie des facteurs de motivation transmis par imitation et pression de conformisation. De plus, la croyance d'être une norme comportementale va engendrer une attitude d'adhérence envers les mesures d'hygiène hospitalière (Akyol, 2005). Ceci, est dû à une auto-efficacité développée par ses réalisations personnelles (Bandura, 2003, cité par Filiatrault & Richard, 2005). Comme nous l'avons cité ci-dessus, l'auto-efficacité favorise la motivation infirmière.

Un mauvais exemple, de la part des supérieurs de la santé et des professionnels plus expérimentés, va avoir des conséquences négatives sur les jeunes professionnels qui vont tout naturellement s'inspirer du comportement de non-observance. Donc, les normes fournies par le personnel hospitalier supérieur ou expérimenté sont d'importances majeures pour garantir la conformité à long terme (Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Erasmus et al., 2009). « Les habitudes collectives deviennent des références de conduite c'est-à-dire des règles et des normes non écrites assimilées comme des choses allant de soi par les individus qui les suivent sans les remettre en question » (Mucchielli, 2006, pp.74-75). L'observance des expériences vécues par d'autres fait entièrement partie des moyens afin de développer une bonne auto-efficacité (Bandura, 2003, cité par Filiatrault & Richard, 2005).

7.1.10. *L'autonomie et l'expérience professionnelle*

Selon O'Boyle, Henly et Duckett (2001), l'implication infirmière envers l'observance est importante si ces dernières possèdent un haut niveau de responsabilité. De plus, une grande autonomie donne un sentiment de puissance ce qui va permettre d'augmenter les compétences personnelles car cela soutient la motivation intrinsèque (Moody & Pesut, 2006). D'après Patrice Venturini (2007), la capacité à réussir fait partie de la perception individuelle de la compétence. C'est le sentiment d'avoir assez de compétences pour atteindre un niveau de performances. Nous pouvons en déduire qu'une grande autonomie ainsi qu'un haut niveau de responsabilité jouent un rôle positif sur l'auto-efficacité (Venturini, *ibid.*).

Au contraire, un comportement adaptatif qui regroupe les instructions précises, la diminution de la complexité et le fait d'effectuer une seule tâche à la fois va lui restreindre l'autonomie de l'infirmière ainsi que sa motivation. (Moody & Pesut, 2006). Nous avons tous tendance à suivre la majorité du groupe ce qui a pour conséquence une diminution de notre autonomie de pensée. Pour pallier à cela, chacun doit responsabiliser ses comportements (Formarier & Jovic, 2009).

Une faible expérience d'exposition aux infections nosocomiales a comme conséquence une conformité plus élevée aux précautions standard. Par contre, en cas d'expérience prolongée, il y a un risque de banalisation qui peut mener à un comportement de non-observance (Luo, He, Zhou & Luo, 2010). Selon Paul Diel (1991), la banalisation est un état d'inhibition spirituel relâché dans lequel le désir essentiel disparaît. Il n'y a donc plus la possibilité de se concentrer sur le sens de la vie, il n'y a plus de but, plus de motivation (Diel, *ibid.*).

7.1.11. *La situation sociale et familiale*

La présence d'enfants peut renforcer la conscience de la dignité ce qui influence positivement la motivation des infirmières envers la sécurité des patients (Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008). De plus, une situation sociale stable permet un engagement rigoureux au sein de son travail. D'après Formarier et Jovic (2009), la motivation se compose de plusieurs attributs dont les deux suivants: la direction du comportement et le déclenchement de celle-ci. Pour pouvoir arriver à un changement de comportement de la part des infirmières, celles-ci doivent être convaincues de leur bon sens et avoir la volonté de s'engager (Formarier & Jovic, *ibid.*).

Par contre, une mauvaise situation sociale peut avoir comme conséquence sur la vie d'un individu un manque d'appui social ainsi qu'un isolement personnel (Moody & Pesut 2006). Nous constatons que notre comportement d'observance varie en fonction de notre aspect social (Formarier & Jovic, 2009).

Le fait d'être une femme joue un rôle sur les comportements d'observance. Ceci s'explique car elles sont plus habituées à effectuer les tâches ménagères

qui assurent une certaine hygiène à leur domicile (Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007). Selon Formarier et Jovic (2009), une des caractéristiques du comportement est qu'il peut être acquis. Suite à notre réflexion, nous nous sommes rendus compte que les femmes acquièrent plus souvent un comportement envers l'hygiène à domicile que les hommes (Formarier & Jovic, *ibid.*).

7.2. La réponse à la question

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence les différents facteurs de motivation infirmière qui influencent la pérennisation des comportements d'observance en milieu hospitalier. Ces derniers concernent la personne elle-même, son entourage social et professionnel ainsi que l'environnement dans lequel elle travaille. Ils agissent à divers niveaux, d'où l'importance de tous les prendre en considération pour obtenir une bonne adhérence aux mesures d'hygiène afin de diminuer les infections nosocomiales. Les infirmières se sont aussi exprimées sur les moyens nécessaires afin de garantir un haut niveau de sécurité à leurs patients.

Décrits et discutés tout au long de ce travail, les thèmes contenant les facteurs de motivation infirmière, qui permettent la pérennisation d'un comportement d'observance, sont : l'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif ; les conditions de travail ; la promotion et la prévention de la santé ; les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles ; la connaissance des risques infectieux et des précautions standard ; la pression des pairs et de la société ; l'intérêt pour la qualité de vie des patients ; le milieu médical ; les modèles positifs et les normes comportementales ; l'autonomie et l'expérience professionnelle ainsi que la situation sociale et familiale.

De ce fait, une réponse à la question de cette revue de littérature a pu être donnée (pour mémoire : Quels sont les facteurs de motivations infirmières assurant la pérennité d'un comportement d'observance des mesures d'hygiène, afin de prévenir les infections nosocomiales dans un milieu hospitalier ?).

8. Conclusion

Suite à cette revue de littérature les divers facteurs de motivation infirmière pour pérenniser un comportement d'observance des mesures d'hygiène hospitalière afin de diminuer les infections nosocomiales ont été éclaircis.

En conclusion de ce travail, nous allons dans un premier temps développer l'implication et les recommandations pour les soins. Ensuite, dans un deuxième temps, les besoins de recherches ultérieures sont relevés. Dans un troisième temps, nous exposons les forces et les limites de ce travail.

8.1. L'implication et les recommandations pour les soins

Cet écrit détermine les facteurs de motivation infirmière qui permettent la pérennisation d'un comportement d'observance vis-à-vis des précautions standard afin de diminuer les infections associées aux soins. Nous retrouvons dans cette problématique l'aspect de promotion ainsi que de prévention de la santé.

En comparant les pistes d'actions proposées par Moody & Pesut (2006) au sein de leur revue de littérature avec les nôtres, nous avons constaté la similitude de ces dernières. En effet, nous retrouvons les mêmes recommandations pour les soins. Cela démontre, qu'environ six ans après, le sujet demande encore des améliorations.

Maintenant, nous allons vous présenter ces pistes d'actions qui pourraient être proposées, ou renforcées, au sein de la pratique afin d'augmenter, ou maintenir, la motivation des infirmières. Elles sont classées grâce aux thèmes utilisés lors de la synthèse des résultats.

L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif

- L'observation, la surveillance ainsi que la rétroaction des comportements d'observance sont employées plusieurs fois au cours de l'année. Cela

demande donc qu'une personne spécialisée soit désignée afin de réaliser cette tâche.

- La personne, spécialisée dans le domaine de l'observation et la surveillance des comportements d'observance, doit donner des reportages positifs et non-punitifs en exerçant un renforcement continu sur les infirmières.

Les conditions de travail

- La dotation du personnel soignant et médical doit être correcte afin d'éviter une surcharge de travail, qui est la première cause du stress, ainsi qu'un dépassement des compétences de la part des infirmières.
- De bonnes communications et relations entre les soignants vont permettre de travailler en interdisciplinarité. Le respect, l'écoute, le non-jugement, le soutien et la confiance sont les clés d'échanges réussies afin d'acquérir une dynamique de groupe satisfaisante.
- Un salaire correspondant aux compétences demandées doit être versé chaque mois. De plus, l'employeur doit assurer à l'infirmière un emploi fixe.
- Le matériel nécessaire au respect des mesures d'hygiène doit être mis à disposition des infirmières. Les hôpitaux doivent avoir des ressources financières afin de répondre à ce besoin.

La promotion et la prévention de la santé

- A plusieurs reprises au cours de l'année, des campagnes de promotion et de prévention des infections nosocomiales ainsi que des mesures mises en place afin de les prévenir doivent être présentes en milieu hospitalier.
- Des posters et des affiches sont exposés dans les services afin d'imager les mesures de précautions standard. Celles-ci doivent être placées dans des endroits fréquentés et visibles de tous afin d'éviter les oublis.
- Des mesures doivent être prises afin d'éviter ou d'améliorer la peau sèche et endolorie des mains des infirmières (produits moins irritants, crèmes grasses, temps pour le séchage des mains,...).

Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles

- Les infirmières doivent avoir confiance en elles. Un sentiment d'auto-efficacité et de contrôle perçu sont nécessaires à l'intégration d'un comportement d'observance à long terme.
- Un alignement des buts professionnels et personnels doit être présent. Les infirmières doivent avoir la possibilité de se former davantage au sein de leur travail afin de pouvoir s'épanouir.
- Les infirmières ont besoin d'une reconnaissance professionnelle de la part de leurs supérieurs et de leurs collègues vis-à-vis de la qualité de leur travail.

La connaissance des risques infectieux et des précautions standard

- Les écoles formant du personnel infirmier doivent offrir une formation de base de haute qualité qui prend en considération toutes les connaissances nécessaires sur les infections nosocomiales ainsi que les moyens mis en place afin de les éviter.
- Si des questions ou des besoins subsistent, l'équipe infirmière peut faire appel à la professionnelle spécialisée en hygiène hospitalière. Cela demande qu'une spécialiste dans le domaine des infections nosocomiales soit présente au sein de l'hôpital.

La pression des pairs et de la société

- Les infirmières doivent ressentir une certaine pression de la part de leurs supérieurs et de leurs collègues envers le respect de l'hygiène hospitalière. Ceci les motive à adopter un comportement d'observance à long terme.

L'intérêt pour la qualité de vie des patients

- L'infirmière doit ressentir de l'empathie envers son patient. Il faut qu'elle lui montre l'intérêt qu'elle lui porte en adoptant un comportement d'observance, afin de lui garantir une certaine sécurité.

Le milieu médical

- Les infirmières doivent acquérir de bonnes connaissances sur le concept du stress et accepter de vivre quotidiennement avec ce dernier. Ceci car le métier d'infirmière en génère passablement. Afin de diminuer le stress et d'éviter un épuisement, il existe diverses techniques comme par exemple des exercices de relaxation, du repos, des exercices de respiration,... .

Les modèles positifs et les normes comportementales

- Les supérieurs ainsi que les autres soignants plus expérimentés doivent montrer le bon exemple en adoptant un comportement d'observance, car celui-ci va être transmis aux nouveaux soignants par imitation et pression de conformisation.

L'autonomie et l'expérience professionnelle

- Une grande autonomie professionnelle ainsi que de larges responsabilités permettent d'impliquer personnellement le soignant au sein de sa pratique. D'où l'importance du rôle autonome dans la profession d'infirmière. Un grand choix d'activités ainsi qu'une certaine complexité dans les tâches vont tous deux appuyer l'observance.
- Il est primordial de faire prendre conscience aux infirmières qu'il y a un risque de banalisation des mesures d'hygiènes avec le temps. Pour remédier à cela, il faut mettre en place, comme cité ci-dessus, des campagnes de promotion et de prévention des infections nosocomiales, des rétroactions et des renforcements positifs continus.

La situation sociale et familiale

- Une situation stable au niveau social et familial aide les infirmières à s'investir pleinement au sein de leur pratique professionnelle.

8.2. Les besoins de recherches ultérieures

Suite à la réalisation de cette revue de littérature, nous sommes forcés de constater que malgré un nombre considérable d'études sur le sujet, les professionnelles de la santé ont besoin de plus de preuves pour valider l'importance des facteurs de motivation afin d'adopter un comportement d'adhérence (Luoa, He, Zhou & Luoc, 2010 ; Di Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint & Manneli, 2011 ; Raskind, Worley, Vinski & Goldfarb, 2007 ; Kudo, Kido, Taruzuka Shahzad, Saegusa, Satoh & Aizawa, 2008 ; Akyol, 2005 ; Erasmus et al., 2009). Pourtant, des facteurs de motivation infirmière identiques envers l'observance ont été relevés au sein des dix recherches sélectionnées, d'où un fort consensus professionnel.

Manougi, Marchant et Bygbjerg (2006) relèvent le manque de ressources et de formation de la part des spécialistes de l'observation et de la surveillance des comportements d'observance. Il semblerait qu'il y ait un manque de professionnel compétent afin de réaliser cette tâche. Cela a pour conséquence soit une absence de la surveillance, ou alors, une surveillance effectuée par une personne qui n'est pas formée. D'où l'émergence de problèmes de communication avec les soignants qui souhaiteraient une personne qualifiée dans ce domaine. Ce problème pourrait être développé à l'aide d'autres études (Manougi et al., *ibid.*).

De plus, nous avons remarqué qu'un facteur plus fondamental, tel que le fait d'être une femme, a un impact sur l'observance. Cela a été rarement étudié comme un élément prédictif d'adhérence, mais il méritera une plus grande attention dans de futures recherches (Sax, Uckay, Richet, Allegranzi & Pittet, 2007).

Ce travail est élaboré grâce à diverses recherches sélectionnées à travers le monde entier. Il serait pertinent de mener une étude en Suisse, afin de déterminer si les résultats obtenus seraient semblables.

8.3. Les forces et les limites du travail

Il s'agit d'une première expérience dans le domaine de la recherche. La méthodologie, l'interprétation des résultats ainsi que la rigueur des traductions peuvent comporter des erreurs. La réalisation de cette revue de littérature étoffée n'a pas toujours été évidente pour les raisons suivantes. Tout d'abord, la découverte des moteurs de recherche a été une première approche qu'il a fallu apprivoiser. Ensuite, la lecture des articles scientifiques en anglais a demandé de longues périodes de traduction. D'un point de vue méthodologique, la majorité des études retenues est de bonne qualité. Ces dernières comprennent toutes un résumé, une introduction, une méthode, des résultats et une discussion. La méthodologie a causé des difficultés qui ont pu être surmontées grâce à l'ouvrage de Loiselle et Profetto-Mcgrath (2007). En ce qui concerne l'analyse des recherches, nous nous sommes aidés de grilles de lecture critique personnalisées ce qui a été très efficace. Les résultats ne se contredisent pas mais, au contraire, vont dans la même direction. Cependant, aucune étude n'a été menée en Suisse. Elles ont été conduites dans différents pays comme le Japon, la Tanzanie, la Turquie, les Etats-Unis, la Chine et l'Angleterre. Il s'agit pour la plupart de pays développés ce qui permet tout de même de penser que les résultats pourraient être applicables en Suisse.

Le choix du thème de cette revue de littérature a été choisi suite à nos expériences professionnelles. Nous avons été témoins du manque de motivation de la part des infirmières afin de pérenniser un comportement d'observance. D'où l'envie de soulever cette problématique qui mérite, au jour d'aujourd'hui, des améliorations.

Tout au long de ce travail, nous avons acquis de nombreuses connaissances théoriques et scientifiques qui peuvent être transférables dans la pratique infirmière. Les infections nosocomiales font partie d'un problème de santé publique actuel qui peut être amélioré en changeant le comportement des infirmières. En agissant sur leurs motivations, celles-ci vont se conformer aux mesures d'hygiène hospitalière.

Afin de conclure ce travail, nous avons choisi deux réflexions de Suzanne Gordon (2001) sur le thème de « je suis juste une infirmière » :

« J'ai juste la formation qui permet de prévenir les erreurs médicales, les complications et autres catastrophes. »

« Je suis juste une chercheuse qui aide les infirmières et les médecins à prodiguer des soins de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces. »

9. Bibliographie

9.1. Les articles scientifiques sélectionnés pour la revue de littérature étoffée

- Akyol, A.D. (2005). Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 431–437.
- Di Martino, P., Ban, K., Bartoloni, A., Fowler, K., Saint, S. & Manneli, F. (2011). Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergency department: A 1-year postintervention evaluation. *Am J Infect Control*, 39, 14-18.
- Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E.F., Oenema, A., Daha, T.J., Richardus, J.H., Vos, M.C. & Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection control and hospital epidemiology the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 5, 415-419.
- Kudo, Y., Kido, S., Taruzuka Shahzad, M., Saegusa, Y., Satoh, T. & Aizawa, Y. (2008). Safety Climate and Motivation toward Patient, safety among Japanese Nurses in Hospitals of fewer than 250 Beds. *Industrial Health*, 47, 70–79.
- Luo, Y., He, G-P., Zhou, J-W. & Luoc, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 14, 1106-1114.
- Manougi, R.N., Marchant, T.C. & Bygbjerg, C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 4, 1-7.
- Moody, R.C. & Pesut, D.J. (2006). The motivation to care : Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20, 15-48.

- O'Boyle, C., Henly, S. & Duckett, L. (2001). Nurses' Motivation to Wash Their Hands: A Standardized Measurement Approach. *Applied Nursing Research*, 14, 136-145.
- Raskind, C., Worley, S., Vinski, J. & Goldfarb, J. (2007). Hand Hygiene Compliance Rates After an Educational Intervention in a Neonatal Intensive Care Unit. *Chicago Journals*, 9, 1096-1098.
- Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2007). Determinants of Good Adherence to Hand Hygiene Among Healthcare Workers Who Have Extensive Exposure to Hand Hygiene Campaigns. *Chicago Journals*, 11, 1267-1274.

9.2. Les ouvrages

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions : A theory of planned behavior*. Heidelberg : Springer.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs : Prentice Hall.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boek.
- Diel, P., (1991). *Psychologie de la motivation : théorie et application thérapeutique*. Paris : Edition Payot.
- Dr. Gachot, B. & Ledrappier, P. (2009). *Tout savoir sur les infections nosocomiales: que risquez-vous à l'hôpital ?* Lausanne : Favre.
- Fabry, J. (2004). *Maîtrise des Infections Nosocomiales de A à Z*. Rillieux-Crépieux : Health & Co Editions.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.
- Gutzwiller, F. & Jeanneret, O. (1996). *Médecine sociale et préventive : santé publique*. Berne : Hans Huber.
- Kantowitz, B., Roediger, H. & Elmes, D. (2004). *Experimental Psychology. Understanding Psychological Research, 8th. Edition*. England: Wadsworth Publishing.
- Légeron, P. (2001). *Le stress au travail*. Paris : Edition Odile Jacob.

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Mucchielli, A. (2006). *Les motivations*, 8^{ème} édition. France : Vendôme Impressions Groupe Landais 73.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des Mains au cours des Soins : Premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients Un Soin propre est un Soin plus sûr*. Genève : Service de production des documents de l'OMS.
- Parneix, P. & Stingre, D. (2010). *Tout savoir : Les infections nosocomiales et associées aux soins*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières.
- Rey, A., Tomi, M., Hordé, T. & Tanet, C. (1992). *Le Robert dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Dictionnaire Le Robert.
- Testa-Mader, A. (2004). *Stress professionnel, santé et double charge de travail : une étude en milieu hospitalier*. Comano : Edizioni Alice.
- Venturini, P. (2007). *L'envie d'apprendre les sciences : motivation, attitudes, rapport aux savoirs scientifiques*. Paris : Editions Fabert.

9.3. Les articles scientifiques

- Filiatrault, J. & Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1, 45-56.
- Simon, A., Sauvan, V. & Pittet, D. (1999). L'hygiène des mains au cours des soins, 150 ans après Ignaz Semmelweis. *Med Hyg*, 57, 1021-1025.

9.4. Les documents non publiés

- Mooser, F. (2009). *Anatomie : horloge biologique et stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Nadot, N. & Bassal, C. (2010). *Grille de lecture d'un article scientifique*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Rossier, J-M. (2008). *Prévention et contrôle de l'infection nosocomiale*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Schouwey, G. (2009). *les cinq indications à l'hygiène des mains*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

9.5. Les sites internet

- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales [PLIN]. (2006). *Six précautions standards*. [Page WEB]. Accès : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_precautions_standard_CHICAS-2.pdf [Page consultée le 29 mai 2012].
- Guideline for Isolation Precautions. (2007). *Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Setting*. [Page WEB]. Accès : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf> [Page consultée le 24 février 2011].
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2012). *Promotion de la santé, Charte d'Ottawa*. [Page WEB]. Accès : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [Page consultée le 30 mai 2012].
- Portail d'informations sur la psychologie du travail. (2009). *L'effet Hawthorne*. [Page WEB]. Accès : <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/effet-hawthorne/> [Page consultée le 4 mai 2012].
- Suzanne Gordon. (2001). *Juste une infirmière*. [Page WEB]. Accès: <http://suzannecgordon.com/other-pprojects/just-a-nurse-poster> [Page consultée le 5 juin 2012].
- Université Laval. (2002). *La motivation*. [Page WEB]. Accès : http://www.aide.ulaval.ca/webdav/site/cocp/shared/reussite/Guide_Motivation.pdf [Page consultée le 26 avril 2011].

10. Annexes

10.1. Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références bibliographiques utilisées sont nommées et identifiées ».

Tracy Repond

10.2. Annexe B : Synthèse des stratégies de recherche

| Stratégies de recherche | Banque de données utilisée | Résultats | Nombre d'études retenues |
|--|----------------------------|-----------|--------------------------|
| ((((motivation [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and hospital [MeSH]) and safety management [MeSH]) | PubMed | 24 | 1 |
| (((improving motivation [MeSH]) and health care workers [MeSH]) and experiences [MeSH]) | PubMed | 6 | 1 |
| (((((Motivation [MeSH]) and Nursing care [MeSH]) and Health service [MeSH]) and theory [MeSH]) and application of motivation [MeSH]) | PubMed | 46 | 1 |
| (((((((Motivation [MeSH]) and Nursing staff [MeSH]) and Adherence [MeSH]) and attitude of health personnel [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and hospital [MeSH]) and infection control [MeSH]) | PubMed | 3 | 2 |
| (((((((Motivation [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and adherence [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and psychology [MeSH]) and attitude of health personnel | PubMed | 5 | 1 |

| | | | |
|---|--------|----|---|
| [MeSH]) | | | |
| (((((factors [MeSH]) and cross infection [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and attitude [MeSH]) and nursing staff [MeSH]) and hospital [MeSH]) | PubMed | 30 | 1 |
| (((((attitude of health personnel [MeSH]) and cross infection [MeSH]) and prevention and control [MeSH]) and adherence [MeSH]) and handwashing [MeSH]) | PubMed | 53 | 2 |
| (((((caregiver [MeSH]) and adherence [MeSH]) and handwashing [MeSH]) and hospital [MeSH]) and infection control [MeSH]) | Pubmed | 2 | 1 |

10.3. Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique

| Aspects du rapport | Éléments essentiels de la recherche | Critiques |
|--|-------------------------------------|-----------|
| Titre | | |
| Introduction Enoncé du problème | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | | |
| But | | |
| Méthodes devis de recherche | | |
| Population et contexte | | |
| Collecte des données et mesures | | |
| Déroulement de l'étude | | |
| Résultats Traitement des données | | |
| Présentation des résultats | | |

| | | |
|--|--|--|
| Discussion Intégration de la théorie et des concepts | | |
| Perspectives | | |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

10.4. Annexe D : Synthèse des résultats trouvés

| THEMES | Les facteurs de motivation infirmière soutenant l'observance | Les facteurs entravant la motivation infirmière envers l'observance | Recherches (n=10) |
|---|---|--|-------------------------------|
| L'observation, la surveillance, la rétroaction et le renforcement positif (n=10) | <ul style="list-style-type: none"> • Le reportage des résultats des efforts faits (rétroaction efficace et non-punitive). • La surveillance et le reportage des résultats, cela augmentent le moral des soignants. • Le haut niveau de l'appui gestionnaire. • Le souci concernant l'impact de recevoir une mauvaise évaluation. • Les renforcements positifs (cours, reportage, soutien). • La création d'une norme sociale plus forte et l'établissement d'un contrôle social plus explicite. | <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de reportage des surveillances. • Un manque d'évaluation et un environnement punitif. • Le manque de surveillance. • Un manque de contrôle social. | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |
| Les conditions de travail (n=8) | <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction au travail (l'accomplissement, la reconnaissance, la responsabilité et le besoin de considération). • Les bonnes conditions de travail : la bonne répartition des tâches, un salaire acceptable, la sécurité de | <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de personnel soignant, une grande charge de travail (surcharge = diminution de la pensée et de la prise de décision cognitive) et le manque de temps (trop occupées). • Le manque de personnel de base ce qui engendre une augmentation de la | 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10 |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| | <p>l'emploi, le temps, une charge de travail correcte (bonne dotation), la communication, la complexité et un grand choix d'activité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La confiance entre l'infirmière et l'employeur. • Les rencontres entre infirmières et médecins afin de partager leurs expériences (interdisciplinarité). • De bonnes communications entre professionnels de la santé. • Des ordres médicaux précis. • Le soutien des infirmières entre elles. • Les groupes de soins permettent aux soignants de se rendre compte de leur diversité par rapport à l'affect, la personnalité et les différents styles cognitifs. • Le travail d'équipe permet de résoudre des problèmes complexes au travail. | <p>charge de travail pour le personnel infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sentir forcer de traiter des cas pour lesquels elles n'ont pas été formées (dépassement de leurs compétences). • Le manque d'augmentation du salaire va créer un mécontentement. • Une insuffisance des matériaux nécessaires (limites économiques). • Les communications inexactes avec les médecins peuvent mener à la confusion des méthodes de soins et des procédures appropriées. • Le manque d'échange interdisciplinaire. • Les problèmes de communication entre les unités de soins. | |
| <p>La promotion et la prévention de la santé (n=8)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Un programme de promotion concernant les mesures d'hygiène des mains recommandées. • La participation à une campagne d'hygiène des mains. • La catégorie d'hôpital (les | <ul style="list-style-type: none"> • Les blessures des mains (irritation cutanée et sécheresse). | <p>2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10</p> |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| | <p>précautions standard dans les hôpitaux de petites tailles n'étaient pas aussi bonnes que dans les hôpitaux de grandes tailles, car il y a un manque d'infrastructure et de département spécialisé).</p> | | |
| <p>Les caractéristiques personnelles et les normes de contrôles (n=7)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La conscience de soi et l'autoréflexion créent une intégration plus saine et une autorégulation comportementale des états et traits de motivation au travail. • L'amour propre et l'auto-efficacité. • La congruence entre les buts professionnels et personnels. • Le contrôle perçu. | <ul style="list-style-type: none"> • Dépourvues d'intention. • Un manque de contrôle perçu. • Un sentiment d'incompétence au travail. • L'épuisement émotionnel. • La mémoire défaillante et l'oubli. • Le travail n'est pas conforme au but de la vie d'une personne et à son système de valeur. • Des projets irréalisables de carrière. | <p>3, 4, 5, 6, 8, 7, 10</p> |
| <p>La connaissance des risques infectieux et des précautions standard (n=6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La connaissance des directives sur l'hygiène des mains. • La perception que les infections associées aux soins sont graves. • La perception que l'hygiène des mains est efficace pour empêcher les infections nosocomiales. • Les connaissances sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. • Une formation exemplaire. • Les croyances personnelles au | <ul style="list-style-type: none"> • Un niveau faible de connaissances au sujet de la qualité du lavage des mains. • L'ignorance des directives par rapport aux infections nosocomiales (manque ou mauvaise formation). | <p>4, 5, 6, 7, 8, 10</p> |

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| | sujet de l'efficacité de l'hygiène. | | |
| La pression des pairs et de la société (n=5) | <ul style="list-style-type: none"> • La confiance de notre société. • Le comportement d'observance de groupe et la bonne adhérence perçue par les collègues. • La création d'une norme sociale plus forte et l'établissement d'un contrôle social plus explicite. • La pression sociale perçue, la pression des supérieurs hiérarchiques, la pression des collègues et la pression de la personne perçue pour être la plus influente. | | 2, 4, 5, 6, 10 |
| L'intérêt pour la qualité de vie des patients (n=5) | <ul style="list-style-type: none"> • Un intérêt et un dévouement pour la vie des autres. • La majorité des infirmières ont rapporté toujours se laver les mains après contact avec les patients, l'équipement et le milieu souillé et non-souillé (autoprotection et sécurité du patient). | <ul style="list-style-type: none"> • La protection personnelle semble être plus importante pour la conformité que la sécurité du patient (manque de connaissances et manque d'intérêts pour le patient). • Le port de gants (autoprotection). | 3, 4, 6, 7, 10 |
| Le milieu médical (n=4) | | <ul style="list-style-type: none"> • Les services d'urgence et les situations de crises. • Les services de médecine (chronicité). • La chirurgie, la médecine, les | 6, 7, 8, 10 |

| | | | |
|--|--|--|----------|
| | | urgences et soins intensifs (soins invasifs, chronicité et stress). | |
| Les modèles positifs et les normes comportementales (n=3) | <ul style="list-style-type: none"> • Les modèles positifs, la croyance d'être un modèle et une norme comportementale. • Le besoin de modèles positifs pour pouvoir prendre exemple. • Des exemples et des normes fournis par le personnel hospitalier supérieur. | <ul style="list-style-type: none"> • Un mauvais exemple de la part des supérieurs. • Les étudiants en médecine ont explicitement mentionné qu'ils copient le comportement de leurs supérieurs (médecins et infirmières expérimentées) et que cela a souvent comme répercussion un comportement de non-observance. • Les médecins ont exprimé l'importance de l'hygiène des mains pour la protection de l'individu, mais ils ont perçu qu'il y a un manque de preuves que le lavage des mains est efficace pour empêcher les infections nosocomiales, d'où peut-être une raison du comportement de non-observance. | 4, 8, 10 |
| L'autonomie et l'expérience professionnelle (n=3) | <ul style="list-style-type: none"> • Une grande autonomie professionnelle. • La liberté de pensée et le choix jouent un rôle en soutenant la motivation intrinsèque individuelle. • La grande responsabilité des infirmières. • Le fait d'avoir moins d'expérience | <ul style="list-style-type: none"> • Le comportement adaptatif (instruction précise, diminution de la complexité, une tâche à la fois). • Une grande expérience (routine, diminution de l'attention vis-à-vis des précautions standard). | 3, 5, 7 |

| | | | |
|--|---|--|---------|
| | (plus attentifs, pas de routine et pas de banalisation). | | |
| La situation sociale et familiale (n=3) | <ul style="list-style-type: none"> • La présence des enfants peut renforcer la conscience de la dignité et produire des influences positives sur la motivation infirmière envers la sécurité. • Les bonnes situations sociales influencent fortement la satisfaction au travail d'une personne. Celle-ci fera preuve d'engagement. • Les femmes sont, en règle générale, plus habituées à effectuer les tâches en ce qui concerne l'hygiène. | <ul style="list-style-type: none"> • Une mauvaise situation sociale. • Le manque d'appui social. • L'isolement personnel. | 1, 3, 5 |

10.5. Annexe E : Grilles de lecture critique des articles scientifiques

Article 1

Kudo, Y., Kido, S., Taruzuka Shahzad, M., Saegusa, Y., Satoh, T. & Aizawa, Y. (2008). Safety Climate and Motivation toward Patient, safety among Japanese Nurses in Hospitals of fewer than 250 Beds. *Industrial Health*, 47, 70–79.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels de la recherche | Critiques |
|---|--|---|
| Titre | Un climat de sécurité et de motivation envers le patient, la sécurité parmi des infirmières japonaises dans des hôpitaux de moins de 250 lits. | Le titre correspond au sujet de la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | L'analyse des dimensions qui permet d'augmenter la motivation infirmière afin de garantir un climat de sécurité. | Cela permet de répondre à la problématique de la revue de littérature. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les 7 dimensions de l'échelle du climat de sécurité: «attitudes des supérieurs», «relations parmi les infirmières», «les communications avec les médecins», «la réduction de la fatigue», «la formation», des «soins conditionnés», et «le reportage». | Ils ont créé leur propre échelle du climat de sécurité ce qui singularise l'étude. |
| But | L'objectif est de trouver les dimensions qui augmentent la motivation infirmière afin d'améliorer la sécurité des patients. | Le but convient à la réalisation de la revue de littérature. |
| Méthodes devis de recherche | Etude quasi expérimentale, auto-descriptive (quantitatif) | Le devis de recherche est donné. |
| Population et contexte | 637 infirmières Japonaises à plein temps (infirmières diplômées et infirmières assistantes) travaillant dans six hôpitaux privés, qui comptent entre 92-243 lits, ont été sélectionnées pour cette étude. Un total de 371 questionnaires | Il y a un taux de participation à l'enquête d'environ 60% ce qui rend les résultats crédibles. Par contre, il y a aussi des infirmières assistantes |

| | | |
|--|--|--|
| | a été analysé dans cette étude. L'âge moyen des sujets analysés était de 35,6 ans. | au sein de la population. |
| Collecte des données et mesures | Pour chacune des 30 questions, les sujets ont dû choisir leurs réponses entre les 5 niveaux de l'échelle de notation (de d'accord à désaccord). | La méthode de collecte des données est décrite et pertinente. |
| Déroulement de l'étude | Les directeurs des soins de chaque hôpital ont distribué : des questionnaires auto-administrés, des enveloppes affranchies pour le retour des questionnaires, des documents expliquant le but de cette étude, la politique en matière de protection des données personnelles et un consentement éclairé. Après une semaine, les personnes responsables ont rassemblé les questionnaires dans des enveloppes scellées. | Le déroulement de l'étude est structuré et précis. |
| Résultats Traitement des données | Pour exécuter l'analyse factorielle et calculer les alphas du Cronbach pour chacune des 30 questions les coefficients de corrélation de Pearson ont été utilisés. Ensuite, les associations entre la motivation des infirmières pour empêcher des erreurs et les dimensions concernant le climat de sécurité ont été examinées. | La méthode de traitement des données est décrite. |
| Présentation des résultats | Facteurs de motivation infirmière afin d'obtenir un comportement d'observance: <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction au travail • Des soins standardisés • Le reportage des résultats des efforts faits • La présence des enfants peut renforcer la conscience de la dignité et produire des influences positives sur la motivation des infirmières envers la sécurité des patients. | Le lien fait, entre les dimensions et l'augmentation ou alors la diminution de la motivation infirmière, est clair et permet de visualiser rapidement les résultats. |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Facteurs qui entravent la motivation infirmière à adopter un comportement d'observance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des communications inexactes avec les médecins peuvent mener à la confusion des méthodes de soins et à des procédures inappropriées. • Le manque de personnel ainsi qu'une plus grande charge de travail rendent difficile le maintien de la motivation infirmière afin d'empêcher les infections nosocomiales. | |
| <p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>Les résultats positifs ci-dessus montrent les dimensions qui permettent de maintenir une bonne motivation infirmière ou au contraire de la diminuer. Il est important de connaître ces dimensions car elles vont consentir à mettre en place des moyens afin de pallier aux difficultés, mais aussi dans le but de renforcer le respect d'un climat de sécurité.</p> | <p>Le but de l'enquête a été atteint.</p> |
| <p>Perspectives</p> | <p>Il serait nécessaire d'appliquer cette échelle des dimensions à d'autres études et d'autres pays, afin de comparer les résultats. Ceci permettra de pouvoir généraliser les résultats. Mais aussi, peut-être, d'adapter l'échelle des dimensions afin qu'elle soit plus fiable.</p> | <p>Pour les futures études, les manques et les nouvelles perspectives à analyser sont exposés.</p> |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 2

Manougi, R.N., Marchant, T.C. & Bygbjerg, C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 4, 1-7.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|---|--|
| Titre | L'amélioration de la motivation parmi les membres du personnel soignant en Tanzanie : une perspective dans le domaine de la santé | Il cible le sujet de la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | La problématique de cette étude est le manque de motivation du personnel soignant qui a comme répercussion une diminution de la qualité des soins. | La problématique est présentée. |
| Cadre théorique ou conceptuel | La motivation comportementale | Le cadre de référence n'est pas développé et plutôt difficile à trouver. |
| But | Le but est d'explorer les expériences des professionnels de la santé travaillant dans les dispensaires de la région du Kilimanjaro en Tanzanie en termes de leur motivation. Leurs satisfactions et leurs frustrations sont analysées, ceci avec l'intention d'identifier des secteurs à amélioration afin de fournir des soins de qualité. | Le but correspond aux besoins de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Étude phénoménologique, auto-descriptive (qualitatif) | Le devis de recherche est donné. |
| Population et contexte | 12 infirmières et 12 cliniciennes ont été prélevées dans chacun des trois secteurs et ont été invitées à participer à cette étude. Les professionnels de la santé étaient des hommes et des femmes d'une tranche d'âge de 25 à 59 ans. | Le nombre de participant à cette étude est plutôt faible de par son devis. |

| | | |
|--|--|---|
| Collecte des données et mesures | <p>Les discussions de groupe cible ont été enregistrées et transcrites pour l'analyse thématique. Il y a aussi eu des prises de notes.</p> <p>Le consentement éclairé, le but de l'étude, les méthodes et les avantages ont été expliqués.</p> | La méthode de collecte de données est expliquée et fiable. |
| Déroulement de l'étude | Six discussions de groupe cible (durée : 1h à 1h30) ont été conduites dans les trois secteurs, donc deux dans chaque secteur. Les groupes se composaient de 8 à 12 participants. Un guide semi-structuré d'entrevues a été employé dans l'étude, ce qui a permis une certaine flexibilité dans la discussion. L'étude s'est déroulée de mai à juillet 2004. | Le déroulement des discussions est structuré à l'aide d'un guide. |
| Résultats Traitement des données | <p>Une analyse thématique a été exécutée sur: la familiarisation avec les données, la lecture des notes de champ et la transcription des données. Le codage initial a été développé à partir des questions émergentes de l'étape de familiarisation. Des codes textuels ont été employés pour identifier les morceaux spécifiques de données correspondantes et de thèmes différents. Pour finir, il y a le développement des thèmes émergeant du discours.</p> | Le traitement de données est expliqué étape par étape. Ce qui le rend compréhensible. |
| Présentation des résultats | <p>Les éléments qui permettent d'augmenter la motivation afin de fournir des soins de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La répartition des tâches • La formation (personnel qualifié) • La promotion des précautions standard • La surveillance et le reportage des résultats ce qui augmentent le moral des soignants. • Une bonne communication entre les infirmières et les médecins → rencontre et discussion afin de mettre en commun leurs compétences (interdisciplinarité) • La confiance de notre société | Les résultats sont clairement décrits dans cette étude. On retrouve les facteurs positifs ainsi que négatifs qui agissent sur la motivation des infirmières ainsi que des cliniciennes. |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Les éléments qui freinent la motivation des infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de personnel de base (augmentation de la charge de travail) • Le manque de médecin (infirmière seule face aux problèmes) • Se sentir forcer de traiter des cas pour lesquels ils n'ont pas été formés (dépassement des compétences). • Le manque ou l'absence de surveillance de la part de leurs supérieurs. • Le manque de reportage des surveillances (feedback) • Pas d'augmentation de salaire ce qui crée un mécontentement | |
| <p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>Des résultats semblables ont été rapportés d'Ouganda, où l'identité et la reconnaissance professionnelle par l'employeur et les membres de la communauté se sont avérées être des facteurs importants de motivation pour le personnel de santé. De plus, les participants à cette étude ont identifié la surveillance positive et la rétroaction en tant que deux mesures réalisables qui peuvent améliorer le moral des soignants et la qualité des soins.</p> | <p>Les résultats de cette étude peuvent être traduits comme fiables car d'autres études relèvent les mêmes résultats.</p> |
| <p>Perspectives</p> | <p>Plusieurs études ont prouvé que la résolution des problèmes entre les surveillants et les professionnels de la santé est essentielle pour l'amélioration de la qualité et la satisfaction au travail. Cependant, les surveillants eux-mêmes sont souvent mal ressourcés et peuvent ne pas être formés dans des techniques efficaces de surveillance. C'est un domaine important pour le développement, qui demande peut-être d'autres études.</p> | <p>La surveillance ainsi que la rétroaction demandent d'être expert dans ce domaine. Il y a visiblement un manque qui pourrait être le sujet d'une future étude.</p> |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 3

Moody, R.C. & Pesut, D.J. (2006). The motivation to care : Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20, 15-48.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|---|---|
| Titre | La motivation pour soigner : l'application et l'extension de la théorie de la motivation vis-à-vis de la pratique infirmière | Le titre de cette étude convient au sujet de la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Il est donc nécessaire de commencer par découvrir les relations entre la motivation infirmière et les résultats des soins fournis aux patients afin de pouvoir augmenter la qualité des soins. | La problématique se compose des éléments recherchés dans la revue de littérature. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Le modèle a été dérivé des théories choisies de motivation comportementale et de motivation au travail. La théorie basée sur des preuves adressant les états et les traits de motivation infirmière est suggérée afin d'apporter une contribution distincte à la recherche. Selon Locke (1997), la motivation est déterminée par le but, la volonté ou le libre arbitre humain, les besoins perçus et les désirs, soutenant les actions des personnes par rapport à elles-mêmes et à leur environnement. | Le cadre théorique est présenté et décrit. |
| But | Le but de cette recherche est de décrire un modèle de motivation infirmière au travail. Question : Comment pourrions-nous faire pour comprendre les relations entre la motivation d'une personne et les conséquences au niveau des soins? Quels facteurs influencent la motivation infirmière? Comment ont-elles de telles intentions? Deviennent-elles actualisées ou limitées dans des établissements de soins de santé? Quel effet, le cas échéant, | Le but est tout à fait cohérent par rapport à celui de la revue de littérature. |

| | | |
|--|---|--|
| | l'augmentation de la motivation infirmière a-t-elle sur des résultats de soins aux patients? Comment les chefs et les directeurs d'infirmières peuvent-ils influencer et créer des cultures de motivation infirmière afin qu'elles s'engagent dans les soins? | |
| Méthodes Devis de recherche | Revue de littérature | Il s'agit ici d'une revue de littérature et non pas d'une étude quantitative ou qualitative. Par contre, elle est très intéressante et permet d'éclairer l'état des connaissances. |
| Population et contexte | Diverses théories sur la motivation comportementale | Les théories ciblent la motivation des infirmières au travail. |
| Collecte des données et mesures | La sélection de diverses théories sur le thème de la motivation infirmière a été faite dans le but d'obtenir une augmentation de la motivation infirmière afin d'offrir des soins de qualité aux patients. Un examen intégré des théories choisies de motivation est présenté, y compris des analyses conceptuelles, des techniques de renforcement de théorie et des preuves soutenant les propositions parmi des variables intrinsèques du fonctionnement de la motivation infirmière. | La collecte des données est effectuée sur la base d'analyse pointue faite à l'aide de diverses méthodes afin de sélectionner les théories ainsi que les recherches au sujet de la motivation infirmière. |
| Déroulement de l'étude | Le regroupement des divers documents scientifiques afin de créer une revue de littérature. | Le déroulement de l'étude est le même que notre revue de littérature étoffée. |
| Résultats Traitement des données | Ils ont effectué une synthèse des théories sur la motivation infirmière. Puis, ils ont regroupé les résultats similaires afin de les thématiser. | Le traitement des données est correct. |
| Présentation des résultats | Les facteurs extrinsèques qui favorisent la motivation | La synthèse des résultats a été longue, car ils ne sont pas |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un salaire acceptable • La sécurité de l'emploi • L'autonomie professionnelle → puissance et compétence professionnelle • Les bonnes conditions de travail (le temps, la communication et la complexité) et la satisfaction au travail (l'accomplissement, la reconnaissance, la responsabilité, le besoin de considération et les comportements positifs → sentiments positifs) • Le haut niveau et la qualité de la surveillance • Le reportage des résultats de l'effort fourni (rétroaction efficace, non-punitif) • A un travail identifiable • Un grand choix d'activités • Un impact perçu sur la vie des autres (intérêt et dévouement) • Auto-efficacité (l'amour propre élevé) • Une confiance entre l'infirmière et l'employeur • Un travail d'équipe positif → se rendre compte de la diversité par rapport à l'affect, la personnalité, les styles cognitifs et les relations interpersonnelles. • Les auteurs posent en principe que l'appui accru de conscience de soi et d'autoréflexion est une intégration plus saine et une autorégulation comportementale des états et traits de motivation au travail • Les situations sociales stables influencent fortement la satisfaction au travail d'une personne (engagement professionnel) | <p>organisés de manières positives et négatives. Par contre, ils sont pertinents et intéressants.</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Obstacle à la motivation infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre dépourvu d'intention • Un manque d'évaluation • Un manque de contrôle perçu • Un sentiment d'incompétence au travail • La surcharge de travail → diminution de la pensée et de la prise de décision cognitive • L'augmentation des erreurs • L'épuisement émotif • Le manque d'appui social • L'isolement personnel • Si le travail n'est pas conforme au but de la vie d'une personne et à ses valeurs (→congruence et l'alignement des buts personnels et professionnels) • Des problèmes de communication entre les unités de soins • Un environnement punitif • Le comportement adaptatif (instructions précises, diminution de la complexité, une tâche à la fois) • Des projets de carrière irréalisables, donc le but est rompu (pas de possibilité d'évolution professionnelle et du salaire). | |
| <p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>La synthèse des preuves et des théories suggère que la motivation est augmentée par la signification et la gestion de but.</p> <p>Les théories contemporaines et classiques de motivation soutiennent cette réflexion (Hackman et Oldham, 1980 ; Herzberg, 1980 ; Locke et Latham, 2004). Les auteurs posent</p> | <p>Les résultats principaux sont mis en évidence. Par contre, je n'ai pas trouvé de proposition pour une éventuelle future étude dans cette revue de littérature.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>en principe que le « but au travail, soutenu par un système de valeur qui est significatif à l'employé, est un conducteur principal de la motivation dans des contextes de santé ».</p> <p>Comme nous avons vu, la gestion professionnelle du but et la signification sont également influencées par des différences individuelles et des variations d'état et de connaissances, de personnalité, d'amour-propre et d'auto-efficacité affectant la satisfaction individuelle et les qualifications.</p> | |
|--|--|--|

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 4

Akyol, A.D. (2005). Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 431–437.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|--|--|
| Titre | L'hygiène des mains parmi des infirmières en Turquie : avis et pratiques | Le thème intéressant est l'avis des infirmières. |
| Introduction Enoncé du problème | Les facteurs de motivation infirmière qui influencent le manque ou les mauvaises pratiques d'hygiène des mains. | Les facteurs de motivations sont inclus. |
| Cadre théorique ou conceptuel | L'hygiène des mains fait l'objet du cadre théorique. Les concepts sont les suivants : les pratiques infirmières, leurs avis, les facteurs qui influencent la non-observance, la qualité et les comportements. | Le cadre théorique ainsi que les concepts sont exposés. Les concepts vont être utiles dans la revue de littérature. |
| But | <ul style="list-style-type: none"> • Explorer les pratiques infirmières et connaître leur avis sur le lavage des mains • Etudier les facteurs de risque pour la non-observance de l'hygiène des mains parmi des infirmières • Identifier la qualité du lavage des mains chez les infirmières • Explorer les comportements infirmiers lors de l'exécution du lavage des mains | Les buts sont décrits et clairs. Les facteurs de risques pour la non-observance de l'hygiène des mains correspondent aux besoins de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude quasi expérimentale, auto-descriptive (quantitatif) | Le devis est présent. |
| Population et contexte | 129 infirmières de l'hôpital universitaire (d'Application et d'Enquête de la Faculté de Médecine d'Ege) ont été examinées avec un taux de réponse de 100%. | Les taux de participations et de réponses sont très satisfaisants. |

| | | |
|--|---|--|
| Collecte des données et mesures | <p>Un questionnaire auto-administré a été développé à partir de la littérature par un chercheur, une éducatrice infirmière et des infirmières cliniciennes. Ensuite des doctorants l'ont mis à jour et l'ont validé.</p> <p>Le questionnaire se compose de trois parties</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informations : démographiques et sociales 2. Qualité des pratiques du lavage des mains 3. Le lavage des mains relatif à la propreté de diverses activités en utilisant l'échelle conçue par Fulkerson. Dans cette dernière partie, toutes les actions de soins ont été placées soit avec les activités propres ou les activités sales. | Le questionnaire semble fiable car il a subi plusieurs mises à jour et validations par des professionnels de la santé. |
| Déroulement de l'étude | Le questionnaire a été distribué aux infirmières durant les heures de travail. Le temps pris pour remplir chaque questionnaire était de 15-20 minutes. | Le déroulement est simple. |
| Résultats Traitement des données | L'analyse des données a été effectuée en utilisant la version 10 de SPSS. | La méthode de traitement des données est citée. |
| Présentation des résultats | <p>Les facteurs de motivation qui ont renforcé l'observance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des infirmières a rapporté toujours se laver les mains après contact avec les patients, l'équipement et le milieu souillés et non-souillés • La promotion des recommandations d'hygiène des mains • La connaissance des directives • Le temps requis pour exécuter l'hygiène des mains et la charge de travail correcte • La conscience de représentation personnelle et de groupe • L'état de santé des patients • Des effets de tolérance de la peau | Les résultats ont pu être classés en deux groupes. |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des agents d'hygiène des mains • Les modèles positifs, la croyance d'être un modèle et une norme comportementale, une attitude positive envers l'hygiène des mains, le comportement d'observance de groupe et le haut niveau de l'appui gestionnaire • La majorité des infirmières ont rapporté qu'elles avaient conscience qu'elles devraient prêter plus d'attention à l'hygiène des mains • La perception de la connaissance du risque pour la transmission croisée et la connaissance mesurée de l'hygiène des mains ont été sensiblement associées à l'adhérence <p>Les facteurs de motivation qui ont freiné l'observance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ont un niveau faible de connaissances au sujet de la qualité du lavage des mains • Elles ne peuvent pas toujours se laver les mains en raison des conditions de travail denses (surcharge), des oublis (tous humains), d'une insuffisance des matériaux nécessaires et des blessures des mains (irritation cutanée, sécheresse) après des lavages fréquents • Le port de gants (autoprotection→diminution de l'hygiène des mains) | |
| <p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>Pour améliorer l'hygiène des mains et la qualité de la conformité au lavage des mains, des facteurs supplémentaires doivent être considérés. Ces facteurs incluent l'amélioration des protections pour la peau, des techniques d'hygiène des mains et des désinfectants.</p> <p>Les responsables des hôpitaux doivent développer et mettre en application des programmes éducatifs et de motivation innovateurs conçus en fonction des groupes spécifiques de</p> | <p>Diverses pistes d'actions, afin d'améliorer l'observance des mesures d'hygiène, sont données.</p> |

| | | |
|--------------|---|--|
| | <p>personnel de santé.</p> <p>L'adhérence des membres du personnel soignant aux pratiques d'hygiène des mains recommandées devrait être surveillée et le personnel devrait recevoir un reportage d'information concernant les résultats trouvés.</p> | |
| Perspectives | <p>Il serait utile d'explorer et de comparer ces pratiques en entreprenant davantage de recherches. D'ailleurs, les administrateurs d'hôpitaux devraient essayer de créer une atmosphère organisationnelle en laquelle l'adhérence aux pratiques d'hygiène des mains serait recommandée et ferait partie intégrante du système de soins de haute qualité. Pour qu'une telle approche soit réussie, les hôpitaux doivent fournir un appui évident et des ressources suffisantes pour de nouveaux programmes.</p> | <p>Il est proposé d'effectuer d'autres études sur ce sujet afin de comparer les résultats. Ils mettent en évidence l'obstacle financier aux nouveaux programmes ou aux pistes d'améliorations.</p> |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 5

Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2007). Determinants of Good Adherence to Hand Hygiene Among Healthcare Workers Who Have Extensive Exposure to Hand Hygiene Campaigns. *Chicago Journals*, 11, 1267-1274.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|---|---|
| Titre | Les facteurs déterminant l'observance de l'hygiène des mains parmi le personnel soignant qui ont été exposés aux campagnes d'hygiène des mains durant une longue période | Le titre cible la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Quels sont les facteurs motivationnels qui permettent une bonne adhérence aux mesures d'hygiène ? | L'énoncé du problème correspond à celui de notre travail. |
| Cadre théorique ou conceptuel | La théorie « Behavioriste », ce cadre influence la manière de se laver les mains selon trois facteurs : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les croyances au sujet des résultats produisent une attitude favorable ou défavorable envers l'hygiène des mains (attitude) 2. Des croyances au sujet des attentes des autres sont perçues comme importantes et mènent à la pression sociale (norme subjective) 3. Les croyances de contrôle provoquent le contrôle comportemental. | Le cadre théorique « behavioriste » est présenté et détaillé. |
| But | Le but est de mesurer les différents composants comportementaux de la motivation des membres du personnel soignant à se conformer à l'hygiène des mains dans un établissement de soins de santé avec une histoire de dix ans de campagne sur l'hygiène des mains. | Le but est en adéquation avec les besoins de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude expérimentale, auto-descriptive (quantitatif) | Le devis est cité. |

| | | |
|--|---|---|
| Population et contexte | <ul style="list-style-type: none"> • 1.042 questionnaires (35,2%) ont été retournés. • 271 (26,0%) étaient des médecins, 629 (60,5%) étaient des infirmières, et 141 (13,5%) des assistants. <p>Nous avons choisi un échantillon aléatoire à partir de chaque catégorie professionnelle à l'aide d'un lancer de pièce de monnaie pour choisir l'un des deux groupes à partir de chaque paire de noms sur une liste alphabétique.</p> | Le taux de réponse est correcte → 35%. Les infirmières représentent le plus grand taux de participation ce qui est positif pour notre revue de littérature. |
| Collecte des données et mesures | <p>Un total de 2.961 soignants ont reçu un questionnaire auto-administré sur leur lieu de travail par courrier interne. Une enveloppe a été fournie pour le retour anonyme au programme de gestion de l'infection par courrier interne. Un rappel a été envoyé à tous les participants deux semaines après la distribution.</p> <p>Nous avons suivi les directives des théories cognitivo-sociales relatives aux théories behavioristes dans la construction du questionnaire, notamment la théorie de « Behavioriste ». La plupart des questions ont été tirées des questionnaires utilisés précédemment dans notre institution.</p> | La méthode de collecte des données est pertinente et argumentée. |
| Déroulement de l'étude | Nous avons exécuté une grande enquête sur les expériences du personnel soignant et les antécédents cognitifs perçus du comportement d'hygiène des mains pour identifier les facteurs de motivation internes et externes pour améliorer l'hygiène des mains parmi les soignants. Cette étude s'est déroulée en octobre 2005. | Le déroulement de l'étude est logique. |
| Résultats Traitement des données | Les techniciens expérimentés ont exécuté la saisie des données au moyen du matériel de balayage de reconnaissance de caractères et du logiciel (TeleForm ; Cardiff). Le logiciel d'information d'Epi, la version 3.3.2 (centres pour le contrôle et la prévention des maladies). Des proportions ont été comparées au moyen de la correction de Yates χ^2 ou de l'essai précis de | La méthode de traitement de données est décrite. |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| | <p>Fisher, des variables continues ont été comparées au moyen de l'analyse de la variance ou de l'essai de Whitney U de Mann, ou au moyen de l'essai sur prélèvement de Wilcoxon 2 quand les données n'ont pas été normalement distribuées.</p> | |
| Présentation des résultats | <p>Les déterminants motivationnels du comportement d'observance :</p> <p><i>Parmi les croyances comportementales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La perception que les infections associées aux soins sont graves → 32,1% • La perception que l'hygiène des mains est efficace pour empêcher ces infections → 86% <p><i>Parmi les croyances normatives</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La pression sociale perçue → 73,7% • La pression des supérieurs → 66,8% • La pression des collègues → 57,9% • La pression de la personne perçue pour être la plus influente → 68,8% <p><i>Parmi les croyances de contrôle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La perception qu'il est relativement facile d'exécuter l'hygiène des mains (demande peu d'effort) → 65,1% <p><i>Autres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Au sexe féminin car les femmes sont, en règle générale, plus habituées à effectuer les tâches en ce qui concerne l'hygiène • La réception de la formation sur l'hygiène • La participation à une campagne précédente d'hygiène des mains → 76,8% • La bonne adhérence perçue par les collègues • La connaissance des pratiques en matière d'hygiène des mains → 75,5% • La surveillance des pratiques d'hygiène des mains → 20% | <p>Les résultats sont riches et ils permettent de bien cerner les différents déterminants qui renforcent la motivation infirmière afin de respecter l'observance.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 31,3% d'infirmières ont considéré l'hygiène des mains comme une première priorité de sécurité • Une grande auto-efficacité perçue | |
| Discussion Intégration de la théorie et des concepts | <p>Les croyances comportementales sont fortement en faveur de l'hygiène des mains, mais l'observance est motivée par la pression des pairs et la perception de la haute auto-efficacité, plutôt que par des motifs au sujet de l'impact de l'hygiène des mains sur la sécurité des patients.</p> <p>Les soignants semblent beaucoup plus dictés par des croyances normatives (par exemple, la pression sociale perçue) et les croyances de contrôle (par exemple, la facilité perçue de la tâche) que par les croyances sur les infections et leur prévention.</p> | Les éléments principaux de l'étude sont mis en évidence dans la discussion. |
| Perspectives | <p>Nous avons constaté que des facteurs plus fondamentaux, tels que le fait d'être une femme, ont un impact indépendant sur l'intention rapportée des soignants de bien se comporter. Ce facteur a été rarement étudié comme un facteur prédictif d'adhérence. Cette question méritera une plus grande attention dans une future recherche.</p> <p>En conclusion, un des défis principaux des recherches dans ce secteur est de développer et valider un modèle mathématique dans lequel le taux d'individus qui rapporte l'adhérence peut être employé pour estimer le taux d'adhérence réelle.</p> | Des perspectives pour une future étude sont proposées. Il y a aussi la description d'un défi pour la suite. |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 6

O'Boyle, C., Henly, S. & Duckett, L. (2001). Nurses' Motivation to Wash Their Hands: A Standardized Measurement Approach. *Applied Nursing Research*, 14, 136-145.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|--|---|
| Titre | Les facteurs de motivation infirmière afin d'effectuer l'hygiène des mains : Une approche standardisée | Le titre correspond à la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Quels sont les facteurs de motivation infirmière qui vont permettre de respecter les mesures d'hygiène des mains ? | La problématique est en lien avec celle de la revue de littérature. |
| Cadre théorique ou conceptuel | <p>La Théorie du Comportement Prévu (TPB) (Ajzen & Fishbein, 1980 ; Ajzen, 1988 ; Ajzen & Madden, 1986)</p> <p>L'intention est prévue directement en permettant des variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attitude (sentiments ou respect affectif pour le comportement) 2. Norme subjective (la perception globale d'une personne au sujet de si les gens importants à ses yeux pensent que le comportement devrait être exécuté) 3. Contrôle comportemental perçu (perceptions générales au sujet d'avoir le contrôle suffisant pour effectuer le comportement cible) <p>Les facteurs sont à leur tour prévus par des croyances au sujet des résultats du comportement, des croyances normatives et des croyances de contrôle. Les conditions telles que l'âge, l'accomplissement éducatif, l'expérience avec un comportement spécifique et la condition expérimentale constituent les variables qui prédisposent une personne pour effectuer un comportement particulier.</p> | Le cadre théorique est pertinent et détaillé. |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| But | <ul style="list-style-type: none"> • Décrire les soutiens théoriques et cliniques de la motivation pour se laver les mains • Décrire les méthodes de mesures • Identifier les facteurs de motivation de 120 infirmières liées à l'hygiène des mains • Discuter de l'utilisation du HAI (méthode de mesure) dans la pratique clinique et la recherche clinique. | Le but répond au besoin de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude quasi expérimentale, auto-descriptive (quantitatif) | Le devis est présent. |
| Population et contexte | 120 infirmières de quatre hôpitaux (sans but lucratif) de la zone métropolitaine du Mid-West avec une population approximativement de deux millions. La taille des hôpitaux variée de 200 à 900 lits. | La population ainsi que le contexte sont corrects. |
| Collecte des données et mesures | Les praticiens des arrangements cliniques ont travaillé avec l'investigateur principal pour évaluer l'utilité de la théorie du comportement de la motivation afin de se laver les mains, puis ils ont proposé des questions cliniques. L'échelle de Likert a été utilisée. D'autres options de réponses incluent une échelle de différenciation sémantique pour la section d'attitude du personnel et une évaluation des pourcentages (de 0% à 100%) pour la section d'auto-rapport des pratiques d'hygiène personnelles. | La méthode de collecte est décrite et semble fiable. |
| Déroulement de l'étude | Après avoir pris contact avec les chefs infirmiers des unités de soins et avec les directeurs de contrôle de l'infection afin d'avoir leurs accords. Des dispositions ont été prises pour qu'une personne présente les informations (consentement éclairé, questionnaire auto-administré, une enveloppe affranchi pour le renvoi du questionnaire) sur l'étude aux infirmières. Les participants ont été observés par rapport à leur hygiène des mains durant deux heures. | Le déroulement de l'étude donne l'impression d'être structuré. |

| | | |
|--|--|--|
| Résultats Traitement des données | Le HAI est un instrument d'auto-rapport qui a été conçu pour mesurer les six aspects de motivation comme décrits dans la théorie, aussi bien l'intention de se laver les mains que l'autoévaluation de la représentation de l'hygiène. | La méthode de traitement des données est présentée. |
| Présentation des résultats | <p>Les facteurs qui renforcent la motivation infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La responsabilité des infirmières • Les attentes et les représentations de l'infirmière cheffe, des autres soignants, des familles, des patients, des collègues, des amis et des médecins (norme subjective) • Le temps de se laver les mains (dotation correcte) • Des connaissances sur l'hygiène des mains • Le contrôle perçu de la tâche • Lorsque le patient est infecté • Souvent après le contact avec des liquides corporels ou des objets souillés • La sécurité des patients → prévention et contrôle des infections nosocomiales • La peur de recevoir un mauvais résultat en ce qui concerne l'hygiène des mains (reportage négatif) <p>Les facteurs qui entravent la motivation infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Trop occupées » pour se laver les mains • Des limitations de temps • La peau sèche et endolorie des mains • Les situations de crises et d'urgences | Les résultats sont intéressants. Ils mettent en évidence l'importance des normes subjectives et du contrôle perçu afin d'augmenter la motivation infirmière. |
| Discussion Intégration de la théorie et des concepts | L'adhérence aux recommandations pour cette procédure simple est basse. Jusqu'ici, il y avait peu d'études au sujet de la motivation infirmière afin de se laver les mains ou les facteurs qui affectent le comportement d'adhérence. Le HAI permet cette évaluation. Les données rapportées prouvent que le HAI a | Le HAI a permis de mesurer la motivation interne des infirmières. |

| | | |
|--------------|---|---|
| | mesuré le schéma de motivation interne des infirmières pour se laver les mains d'une façon valide, fiable et pratique. | |
| Perspectives | L'impact de l'avantage social par rapport à l'observance devrait être étudié. La recherche supplémentaire est nécessaire également pour étudier l'influence des charges de travail cliniques qui frustrant ou accablent les intentions des infirmières qui sont motivées pour adhérer aux pratiques recommandées. | Des propositions pour de futures études sont données. |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 7

Luoa, Y., He, G-P., Zhou, J-W. & Luoc, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 14, 1106-1114.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|---|---|
| Titre | Les facteurs qui ont un impact sur la conformité aux précautions standard dans les soins, Chine | Le titre correspond à la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Quels sont les facteurs qui permettent d'augmenter la conformité des infirmières par rapport aux précautions standard ? | La problématique est en lien avec la revue de littérature. |
| Cadre théorique ou conceptuel | L'adhérence aux précautions standard | Le cadre théorique a été trouvé mais il n'est pas détaillé. |
| But | Le but est d'évaluer la conformité des infirmières aux précautions standard et d'analyser les facteurs qui affectent la conformité afin d'identifier des solutions. | Le but cible les besoins de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude quasi expérimentale, auto-descriptive (quantitative) | Le devis de recherche est présent. |
| Population et contexte | Un total de 1500 infirmières aléatoirement prélevées de 18 hôpitaux à Hunan, en Chine. Parmi ces 18 hôpitaux, quatre sont des hôpitaux de première classe, huit sont des hôpitaux de seconde classe et six sont des hôpitaux de troisième classe. Un total de 1444 questionnaires valides ont été retournés. | Le taux de réponse est très bon → environ 96%. |
| Collecte des données et mesures | Les questionnaires sont composés de quatre parties 1. Recueillir des informations sur les participants 2. La connaissance des précautions standard 3. La conformité aux précautions standard 4. Une échelle générale d'auto-efficacité | La méthode de collecte des données semble fiable. |

| | | |
|--|---|--|
| Déroulement de l'étude | Les questionnaires ont été distribués par les investigateurs (les auteurs) dans chaque site et rassemblés une fois qu'ils avaient été remplis, individuellement et anonymement, par les infirmières. Cette étude s'est déroulée de juin à septembre 2007. | Le déroulement de l'étude est décrit. |
| Résultats Traitement des données | Les données ont été saisies dans EpiData 3,0 (Association d'EpiData, Odense, Danemark) et traitées en utilisant SPSS 13,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ETATS-UNIS) avec l'interprétation statistique de la distribution de fréquence et de la gamme de quartile. | La méthode de traitement des données est présente. |
| Présentation des résultats | <p>Les facteurs motivationnels de conformité aux précautions standard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation et la connaissance par rapport aux précautions standard • La catégorie d'hôpital (les précautions standard dans les hôpitaux plus petits n'étaient pas aussi bonnes que dans les hôpitaux généraux, ceci car il y a un manque d'infrastructure et de département spécialisé pour les infections) • L'auto-efficacité générale • Le fait d'avoir moins d'expérience d'exposition a comme conséquence une conformité plus élevée aux précautions standard car les infirmières sont plus attentives <p>Les facteurs motivationnels de non-conformité aux précautions standard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expérience d'exposition de l'infirmière à travailler → routine et banalisation donc diminution de l'attention vis-à-vis des précautions standard • L'application des gants (autoprotection) | Les résultats sont pertinents et clairs. Ils répondent aux besoins de la revue de littérature. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Les services de médecine (plus de chronicité et les patients sont plus âgés) • Le manque de surveillances et de reportages • Des limites économiques | |
| Discussion Intégration de la théorie et des concepts | La formation sur les précautions standard devrait être renforcée et suffisamment d'équipement de protection devrait être fourni afin de réduire les taux d'infections et protéger la santé des patients et du personnel médical. | Des pistes d'améliorations sont proposées. |
| Perspectives | L'étude devrait être renforcée afin d'améliorer les concepts de santé et d'auto-efficacité générale, d'augmenter la conformité aux précautions standard et par conséquent réduire l'exposition des professionnels et des patients aux infections nosocomiales. | Des perspectives sont citées afin d'effectuer de futures études. |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 8

Di Martino, P., Ban, K., Bartoloni, A., Fowler, K., Saint, S. & Manneli, F. (2011). Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergency department: A 1-year postintervention evaluation. *Am J Infect Control*, 39, 14-18.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|--|---|
| Titre | L'évaluation de la durabilité de l'adhérence à l'hygiène des mains avant le contact avec les patients dans un service d'urgence : une évaluation une année après l'intervention | Le titre cible le sujet de la revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Quels sont les résultats d'une intervention visant l'augmentation de la qualité à l'hygiène des mains une année après ? Quels sont les facteurs jouant un rôle dans ces résultats ? | Cela va permettre d'évaluer la motivation des infirmières à respecter les mesures d'hygiène à long terme. |
| Cadre théorique ou conceptuel | La viabilité de la conformité à l'hygiène des mains | Le cadre est présenté dans l'étude. |
| But | Le but de l'étude est d'évaluer l'adhérence à l'hygiène des mains à long terme après une intervention visant à l'améliorer. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les taux de conformité d'hygiène des mains des membres du personnel soignant • Evaluer l'efficacité d'une intervention afin d'améliorer la qualité de l'hygiène des mains | Le but de cette étude va nous permettre d'enrichir notre revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude quasi expérimentale, avant-après (quantitatif) | Le devis de recherche est donné. |
| Population et contexte | <ul style="list-style-type: none"> • 1 directeur (médecin) • 18 médecins pédiatres • 28 infirmières • 6 aides auxiliaires | Le taux d'infirmières est le plus élevé il représente 52% de la population. |

| | | |
|--|---|--|
| Collecte des données et mesures | L'observation directe a été employée pour évaluer la conformité à l'hygiène des mains. | La méthode de collecte des données est décrite. |
| Déroulement de l'étude | La phase d'observation de pré-intervention est allée de janvier à mars 2008 et la phase d'observation de post-intervention a eu lieu d'avril à juin 2008. | Le déroulement de l'étude est expliqué. |
| Résultats Traitement des données | Toutes les données ont été saisies dans une base de données de Microsoft Access (Microsoft Corporation, Redmond, WA) et l'analyse des données a été exécutée en utilisant SAS 9,2 (SAS Institute, Cary, OR). | La méthode de traitement des données est exposée. |
| Présentation des résultats | <p>L'adhérence parmi les infirmières a augmenté de 40,7% à 49,8%, tandis que l'adhérence parmi les médecins a diminué de 50,5% à 36,5%.</p> <p>Les barrières à la motivation infirmière vers l'hygiène des mains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'irritation cutanée • Les approvisionnements inaccessibles • Le manque de mémoire (l'oubli) • L'ignorance des directives par rapport aux infections nosocomiales (manque de formation) • Pas le temps (une grande charge de travail, surcharge) • Certaines spécialités comme par exemple : la chirurgie, la médecine, les urgences et les soins intensifs (soins invasifs et la chronicité). • Certains membres du personnel soignant, par exemple les médecins ont souvent des niveaux supérieurs de non-adhérence à l'hygiène des mains (mauvais exemple des supérieurs) • Le manque de renforcement positif (cours, reportage positif, soutien continu,...) | Les résultats mettent en évidence les facteurs motivationnels infirmière de non-adhérence aux mesures d'hygiène. |

| | | |
|--|--|---|
| Discussion Intégration de la théorie et des concepts | Les effets globaux de l'intervention ont été soutenus sur une période d'une année, bien qu'on ait observé une différence marquée entre les infirmières et les médecins. Cela peut peut-être s'expliquer de la façon suivante : chaque infirmière a été encouragée à suivre un cours sur les mesures d'hygiène standard ce qui a augmenté leur motivation alors que les médecins n'ont pas reçu de renforcement positif. La promotion des changements comportementaux des membres du personnel soignant dépend fortement des facteurs organisationnels. | La mise en évidence d'un facteur-clé soutenant la motivation infirmière est décrite dans la discussion. |
| Perspectives | Il serait intéressant de faire d'autres recherches sur ce sujet car certaines études ne soutiennent pas ces mêmes résultats. | Les perspectives pour de futures études sont présentes. |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 9

Raskind, C., Worley, S., Vinski, J. & Goldfarb, J. (2007). Hand Hygiene Compliance Rates After an Educational Intervention in a Neonatal Intensive Care Unit. *Chicago Journals*, 9, 1096-1098.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|---|--|---|
| Titre | Le taux de conformité à l'hygiène des mains après une intervention éducative dans une unité de soins intensifs en néonatalogie (NICU). | Le titre cible celui de ma revue de littérature. |
| Introduction Enoncé du problème | Afin d'essayer d'améliorer la conformité à l'hygiène des mains, un programme d'enseignement de promotion d'hygiène des mains a été lancé. Le programme a comporté la modélisation et l'application des pratiques recommandées d'hygiène des mains uniques au NICU. | La problématique est présente et claire. |
| Cadre théorique ou conceptuel | <ul style="list-style-type: none"> • La promotion de l'hygiène des mains • La conformité des soignants à l'hygiène des mains | Le cadre théorique est donné. Par contre, il n'est pas développé. |
| But | Le but de cette étude est d'évaluer le taux de conformité des soignants à l'hygiène des mains après une intervention éducative visant une amélioration. | Le but de cette étude va permettre la réalisation de la revue de littérature. |
| Méthodes Devis de recherche | Etude quasi expérimentale, avant-après (quantitatif) | Le devis de recherche est présent. |
| Population et contexte | <p>Cette étude se déroule dans une unité de soins intensifs de néonatalogie qui compte 17 lits. La population choisie est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel clinique (personnes qui fournissent les soins aux patients) • Le personnel administratif • D'autres (famille ou d'autres personnes qui ne fournissent | Les infirmières font partie de la population par contre on ne connaît pas leur taux de participation. |

| | | |
|--|--|--|
| | aucuns soins aux patients) | |
| Collecte des données et mesures | Les secrétaires d'unité qualifiées ont servi de moniteurs d'étude pour observer discrètement l'hygiène des mains et enregistrer les données. | La méthode de collecte des données est expliquée. |
| Déroulement de l'étude | <ol style="list-style-type: none"> 1. Une première période d'observation a été conduite durant un mois avant l'intervention. 2. Un programme d'enseignement de promotion d'hygiène des mains a été lancé. Celui-ci a employé une gamme de matériaux pédagogiques, y compris des illustrations et une description écrite des techniques appropriées d'hygiène des mains spécifiques au NICU. Une brochure, des bulletins et des affiches afin de décrire l'hygiène ont été distribués. De plus, il y avait aussi des rappels verbaux. 3. Les deuxièmes et troisièmes périodes d'observation ont été conduites un mois et trois mois après l'initiation du programme d'enseignement, pour réévaluer les taux de conformité à l'hygiène des mains. | Le déroulement de l'étude est décrit dans les détails ce qui permet une bonne compréhension de celle-ci. |
| Résultats Traitement des données | Des données enregistrées, y compris des données de conformité, ont été saisies dans une feuille de calcul d'Excel (Microsoft) et transférées au logiciel de SAS, la version 9,1 (SAS Institute), pour l'analyse. | La méthode de traitement des données semble pertinente. |
| Présentation des résultats | <p>Un mois après l'intervention de promotion le taux d'hygiène des mains évolue de 89% à 100% d'observance. Mais, le taux diminue après 3 mois, il passe à 89%.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une première amélioration du taux de conformité a été notée un mois après que le programme de promotion d'hygiène des mains ait été lancé. Ceci suggère qu'un programme éducatif efficace puisse améliorer la | Les résultats sont clairs et pertinents. |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>conformité à l'hygiène des mains.</p> <p>2. La conformité continue était moins évidente dans les taux observés 2 mois plus tard. Cette observation est semblable aux preuves précédentes que les taux de conformité tendent à retourner aux niveaux de base à moins qu'il y ait un soutien continu et un renforcement positif.</p> | |
| <p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>Cette amélioration pourrait être imputable à l'effet de Hawthorne, une conséquence qui se produit car les sujets modifient leur comportement quand ils se rendent compte que leur représentation et leur comportement sont surveillés. De plus, dans cette étude les résultats soutiennent la preuve que la formation ainsi qu'un enseignement continue sont nécessaires afin de diminuer le nombre d'infections nosocomiales.</p> | <p>Les deux éléments-clés sont mis en évidence.</p> |
| <p>Perspectives</p> | <p>Il serait intéressant de confirmer ces résultats à l'aide d'autres études sur ce thème.</p> | <p>Il n'y a pas explicitement de propositions afin d'effectuer de futures études.</p> |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Article 10

Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E.F., Oenema, A., Daha, T.J., Richardus, J.H., Vos, M.C. & Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection control and hospital epidemiology the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 5, 415-419.

| Aspects du rapport | Eléments essentiels | Critiques |
|-------------------------------|---|--|
| Titre | Une étude qualitative exploratrice des raisons du manque d'hygiène des mains parmi du personnel soignant : le manque de modèles positifs et de preuves convaincantes que l'hygiène des mains empêchent les infections nosocomiales. | Le titre est en adéquation avec la revue de littérature. |
| Introduction | | |
| Enoncé du problème | Quelles sont les causes motivationnelles déterminantes qui soutiennent la conformité à l'hygiène des mains ? | La problématique cible celle de la revue de littérature. |
| Cadre théorique ou conceptuel | La théorie du « behavioriste » | Le cadre théorique est présent mais il n'est pas décrit. |
| But | Le but de cette recherche est d'étudier des facteurs motivationnels déterminants pour la conformité de l'hygiène des mains parmi les membres du personnel soignant dans des hôpitaux. | Le but est pertinent. |
| Méthodes | | |
| Devis de recherche | Etude phénoménologique (qualitative) | Le devis de recherche est cité. |
| Population et contexte | <ul style="list-style-type: none"> • 47 infirmières • 4 médecins traitants • 3 résidents • 1 étudiant en médecine Ils travaillent tous au sein de cinq hôpitaux des Pays-Bas. | Le taux d'infirmière est correct → 85%. |

| | | |
|--|---|---|
| Collecte des données et mesures | <p>Des entretiens ont été enregistrés, puis entièrement transcrits. Ils ont été conduits d'après un guide structuré d'entrevues selon la théorie du behavioriste.</p> <p>Le guide d'entrevues a été conçu pour explorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attitudes (perceptions de différentes conséquences positives et négatives sur la conformité à l'hygiène des mains) • Les normes subjectives (l'opinion perçue des autres au sujet de la conformité de l'hygiène des mains) • Le contrôle perçu au sujet de la conformité aux normes d'hygiène des mains | La méthode de collecte des données est décrite et intéressante. |
| Déroulement de l'étude | <p>→ 9 groupes cibles : les entrevues des 9 groupes cibles ont pris 30-60 minutes et ont inclus 4-10 participants. Toutes les entrevues ont été menées par un modérateur et ont été soutenues par un assistant.</p> <p>→ 7 entretiens structurés directifs : les entretiens individuels ont été conduits avec les médecins car leurs programmes n'ont pas permis la participation à des groupes cibles. Les 7 entretiens ont pris 20-50 minutes. Tous les entretiens ont été menés par un interviewer.</p> | Le déroulement de l'étude est expliqué. |
| Résultats Traitement des données | Le logiciel de Nvivo version 7 a été utilisé. L'analyse du contenu a été exécutée indépendamment par 2 chercheurs. Des désaccords ont été résolus par un troisième chercheur. | La méthode de traitement des données est présentée. |
| Présentation des résultats | <p>Les facteurs qui renforcent la motivation envers l'hygiène des mains :</p> <p><i>Croyances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les croyances personnelles au sujet de l'efficacité de l'hygiène <p><i>Modèles positifs :</i></p> | Les résultats sont pertinents. |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Les exemples et les normes fournies par le personnel hospitalier supérieur • Le besoin de modèle positif <p><i>Attitudes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les infirmières : la protection personnelle (substance sale, souillée,...) semble être plus importante pour la conformité, que la sécurité du patient (manque de connaissance et manque d'intérêts pour le patient) <p><i>Normes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La création d'une norme sociale plus forte et l'établissement d'un contrôle social plus explicite seraient importants pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains <p>Les facteurs qui freinent la motivation envers l'hygiène des mains :</p> <p><i>Modèles négatifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants en médecine ont explicitement mentionné qu'ils copient le comportement de leurs supérieurs (médecins et infirmières expérimentées) → souvent non-observance des pratiques d'hygiène pendant la pratique <p><i>Attitudes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sécheresse et la douleur des mains • Le laps de temps nécessaire pour l'hygiène des mains • Les médecins ont exprimé l'importance de l'hygiène des mains pour la protection de l'individu, mais ils ont perçu qu'il y a un manque de preuves que se laver les mains soit efficace pour empêcher les infections nosocomiales (besoin de plus de recherches). <p><i>Normes subjectives et contrôle social :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un manque de contrôle social en ce qui concerne la conformité aux directives d'hygiène des mains (on voit | |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| | <p>mais on ne dit rien).</p> <p><i>Contrôles perçus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les situations d'urgence • Le manque de disponibilité • Le manque de matériaux d'hygiène • Le manque de temps • Le manque de mémoire | |
| <p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p> | <p>Les médecins ont mentionné le besoin d'un contrôle social afin d'améliorer le comportement d'hygiène des mains, bien qu'il demeure peu clair qui devrait fournir ce contrôle. Peut-être les infirmières ?</p> <p>Si l'hygiène des mains est en effet principalement influencée par le désir de se nettoyer alors les ateliers et les cours sur la protection des patients auront peu d'effet. Les meilleures méthodes afin d'améliorer la conformité d'hygiène des mains peuvent impliquer d'encourager les supérieurs à être conformes (modèle positifs) et de créer un environnement de support avec les équipements d'hygiène facilement disponibles et accessibles.</p> | <p>Des propositions d'amélioration concrètes sont proposées.</p> |
| <p>Perspectives</p> | <p>Les facteurs suivants peuvent être étudiés plus loin : cibler la population d'infirmières, utiliser pour tous la même méthode de collecte des données et pour finir effectuer diverses études afin de pouvoir généraliser ces résultats.</p> | <p>Des perspectives d'études sont proposées.</p> |

(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)